

MÉMOIRES ORIGINAUX

SUR LE DRAINAGE PHARYNGIEN DES SUPPURATIONS
CRANIENNES D'ORIGINE OTIQUE.

Par **P. JACQUES**, agrégé, directeur de la Clinique d'otologie de l'Université de Nancy.

Les affinités pathologiques de l'oreille et de la gorge sont trop connues pour qu'il faille s'étonner de voir certaines phlegmasies de l'appareil auditif aboutir à des collections rétro-pharyngées. Le fait a été depuis longtemps signalé. Toutefois, en dehors d'hypothèses pathogéniques isolées, visant des cas particuliers, je ne sache pas que cette remarquable complication de l'otorrhée ait donné lieu à une étude d'ensemble et qu'il en soit sorti certaines indications profitables au pronostic et au traitement.

Mon expérience me porte à croire que la survenance, au cours d'accidents suppuratifs otopathiques, d'une fusée rétro-pharyngienne, doit être considérée non pas comme une complication aggravante, non pas comme un épiphénomène d'importance secondaire, mais comme un accident critique, dont une thérapeutique avisée peut et doit tirer un parti décisif. Cette opinion est basée sur l'examen de 3 faits personnels, que je crois utile de résumer ici et dont on trouvera le détail dans la récente thèse de mon élève Guillemin (1).

OBSERVATION I. — Une fillette de 3 ans fait, au cours d'une otite moyenne aiguë paracatarrhale à temps, de l'ostéite du plancher de la caisse; puis une hémorragie grave par le conduit. Conjurée par un tamponnement, l'hémorragie se reproduit 2 jours plus tard. Bientôt apparaît du côté du pharynx une tuméfaction, dont l'ouverture donne issue à un flot de sang veineux, et nécessite, en même temps qu'un bourrage de la cavité à la gaze, une trachéotomie.

(1) Contribution à la pathogénie et au traitement des collections pharyngiennes d'origine otiques. Thèse de Nancy, juillet 1913.

Nouvelle hémorragie, 48 heures après, par l'oreille, le nez, la bouche et la canule. L'enfant guérit néanmoins après élimination d'un séquestre du plancher tympanique. La convalescence, trainante, fut marquée par une paralysie du pharynx et de la langue, accompagnée d'atrophie, qui céda en quelques mois et résulta sans doute d'altérations inflammatoires des nerfs du trou déchiré postérieur et de l'hypoglosse, au cours de leur trajet dans la gaine des vaisseaux. Soupçon non vérifié de tuberculose.

OBSERVATION II. — Un cultivateur de 50 ans entre dans mon service pour mastoïdite gauche datant de plusieurs semaines. Ouverture de l'antre et évidemment de l'apophyse, qui est trouvée infiltrée de pus dans toute son étendue, sauf à la pointe. Soulagement subjectif sans tarissement de l'otorrhée. Puis réapparition de douleurs pariétales persistantes. Évidemment pétromastoidien, qui ne permet de découvrir immédiatement aucun trajet vers l'endocrâne.

La température baisse sans atteindre la normale, puis se relève entre 38° et 39°. Le patient prend l'habitus cérébral; le teint devient gris. La douleur pariétale persiste et s'étend vers la tempe. Quelques jours plus tard apparaît un empatement œdémateux au-dessus de la racine zygomatique. L'incision rétroauriculaire, prolongée vers la tempe, met à découvert une fistule de l'écaille, dont l'élargissement conduit sur un foyer fongueux extradural, n'opposant à la sonde aucune résistance dans la direction du lobe sphénoïdal : écoulement de liquide céphalorachidien, sans flux purulent.

En dépit de ce débridement la température demeure élevée, les phénomènes cérébraux tendent à s'accroître; je résèque une bonne partie de l'écaille temporale, depuis la fistule antérieure jusqu'au toit de l'antre, en ménageant simplement une travée osseuse destinée à contenir la hernie menaçante de l'encéphale. Évacuation d'une poche par le toit antral trépané.

La température demeure élevée, mais la douleur a cédé en avant et tend à se reporter vers la nuque, en même temps qu'apparaît un torticolis symptomatique et un empatement profond sous-occipital. L'incision et la rugination de la base montrent que le pus sourd du crâne en dedans de la rainure digastrique. Je poursuis le décollement jusqu'au trou stylomastoïdien et au condyle occipital, en arrière du trou déchiré.

Peu de jours après cette dernière intervention, en même temps que s'abaissait la température, une certaine dysphagie attirait mon attention vers le pharynx, où il fut aisé de deviner l'existence d'une collection latérale, soulevant la gouttière gauche en arrière

du pilier postérieur amygdalien. L'incision immédiate au galvano fournit en grande abondance du pus à caractères identiques à ceux de la plaie rétroauriculaire.

Dès lors tous les phénomènes commencent à s'amender : la suppuration se réduit singulièrement par la perte de substance opératoire ; le teint s'éclaircit, l'appétit renaît, la température tend vers la normale. L'ouverture pharyngienne dut être renouvelée et maintenue par une divulsion quotidienne ; mais, grâce à cette précaution, tous les accidents si graves, qui, pendant plusieurs mois, avaient mis en question l'existence du malade, cédèrent définitivement. La vaste plaie opératoire se répara vivement et quelques semaines plus tard notre homme pouvait quitter l'hôpital, ne conservant de sa grave affection qu'une certaine raideur du cou et quelques difficultés dans la déglutition.

OBSERVATION III. — Mlle M... 46 ans, depuis longtemps atteinte de rhinite purulente chronique, fait en septembre 1911, au cours d'une grippe, une sinusite maxillaire aiguë et une otite perforative droite. La sinusite cède au traitement habituel ; mais l'otite ne tarde pas à se compliquer de mastoïdite.

Trépanation antromastoïdienne : corticale très épaissie recouvrant un foyer diffus d'ostéite périantre. Atténuation des douleurs sans abaissement notable de la température. Infection des téguments mastoïdiens, suppuration abondante. 3 semaines plus tard, accès vertigineux intense avec vomissements à type cérébral, sans altération de la motilité, de l'intelligence ni de la sensibilité ; sans fièvre. Les phénomènes alarmants cèdent après 24 heures ; mais l'écoulement purulent va en s'accroissant, en même temps que s'accroissent les signes de résorption septique. Il existe de toute évidence une collection extradurale, vraisemblablement périsingulière, qui se draine imparfaitement par une voie détournée.

Un large évidemment pétromastoïdien montre l'os sain partout, sauf au niveau du plancher de l'antre, où le stylet pénètre de 1 centimètre environ vers le coude inférieur du sinus. Par ce trajet, élargi à la curette, reflue dans les jours suivants du pus en abondance, sans que paraissent s'amender sensiblement les phénomènes d'infection générale. La jugulaire au cou n'offre aucun signe de phlébite. Le sinus latéral, décortiqué, n'est thrombosé nulle part. Entre temps se manifeste un torticolis de plus en plus accentué ; la nuque, douloureuse à la pression, témoigne d'une tendance du foyer suppuratif osseux à migrer au-dessous de l'occipital. Peu après surviennent des troubles dysphagiques et l'inspec-

tion révèle l'existence d'un voussure rénitente de la gouttière pharyngée droite, dont l'incision évacue du pus en très notable quantité.

De ce jour commence une nouvelle période, caractérisée par une atténuation progressive de l'écoulement mastoïdien et des phénomènes d'infection. Le teint s'éclaircit de jour en jour, l'état général se relève et j'éprouve l'impression nette que la crise est franchie et que la guérison, si longtemps incertaine, est désormais assurée. Grâce à une surveillance étroite de la collection pharyngienne, le drainage déclive du foyer sous-occipital s'effectue d'une manière permanente et la plaie rétroauriculaire se répare rapidement. Un mois plus tard la guérison était à peu près complète; céphalée et septicémie n'avaient plus laissé de traces : seule persistait encore un peu de raideur du cou.

Quand on parcourt les relations d'abcès rétropharyngiens consécutifs à des pyotites (mon interne Guillemain en a rassemblé une cinquantaine) on se convainc qu'en dehors des adénites, dont l'origine auriculaire demeure discutable et que je laisserai de côté pour le moment, deux processus semblent intervenir pour diriger vers la gorge le pus ostéitique issu du temporal.

Ou bien il s'agit d'une effraction directe, de haut en bas d'un foyer situé à la face inférieure du rocher : soit que le pus de la caisse traverse le plancher nécrosé ou déhiscent ; soit qu'il suive la trompe ou le conduit du muscle du marteau ; soit enfin qu'interviennent les cellules sous-labyrinthiques bien étudiées et décrites par Mouret.

Ou bien il s'agit d'abcès intracrâniens développés au voisinage du sinus latéral ; ayant fusé dans la région sous-occipitale par un mécanisme que je chercherai à élucider tout à l'heure ; puis migré dans une troisième étape vers l'espace rétropharyngé.

D'après mes relevés, les collections pharyngiennes d'origine otique pourraient se réclamer pour une part à peu près égale des deux processus ci-dessus. Sur 45 cas suffisamment explicites, j'en relève 20 où le trajet était direct et où l'origine du pus se trouvait être la caisse, ou bien une cellule voisine de la face inférieure du rocher ; et 21 dans lesquels la suppuration n'était parvenue au pharynx que par un trajet détourné, après

une étape sous-occipitale ou nucale : les 4 autres semblent se rapporter, non pas à des abcès ostéogènes rattachés à leur point d'origine par un tractus suppuratif continu, mais à des collections développées à distance dans des ganglions.

La catégorie de beaucoup la plus intéressante, parce qu'elle offre des difficultés d'interprétation et de traitement toutes particulières, est constituée par le groupe des collections à trajet indirect. C'est elle seule que j'envisagerai ici.

Mes observations II et III offrent deux intéressants exemples de ces collections migratrices à étape sous-occipitale. Nous pouvons, je crois, les considérer comme des types. Comment donc expliquer la marche du pus en pareilles circonstances ?

Notons tout d'abord qu'il s'agit d'abcès extra-duraux intéressant soit les deux versants de la pyramide pétreuse, soit le versant cérébelleux seul. Leur origine peut être une nécrose du toit tympanique ou antral. Ce doit être plus souvent une cellulite de la région intermédiaire au plancher antral, au labyrinthe statique, à la gouttière du sinus latéral et à la rainure digastrique (région sinuso-digastrique de Pérez, sur l'intérêt pathologique de laquelle G. Laurens avait, dès 1904, au Congrès international d'otologie de Bordeaux, justement attiré l'attention.)

Le pus, collecté dans la concavité de la fosse osseuse de l'hémisphère cérébelleux, pourra s'échapper de l'endocrâne vers la nuque par différentes voies :

En suivant le trajet des plexus veineux extraduraux entourant l'artère vertébrale ;

En perforant l'écaille occipitale dans sa portion très mince et parfois lacunaire, sise en dehors du trou occipital et en arrière des condyles ;

En empruntant la scissure occipito-mastoïdienne,

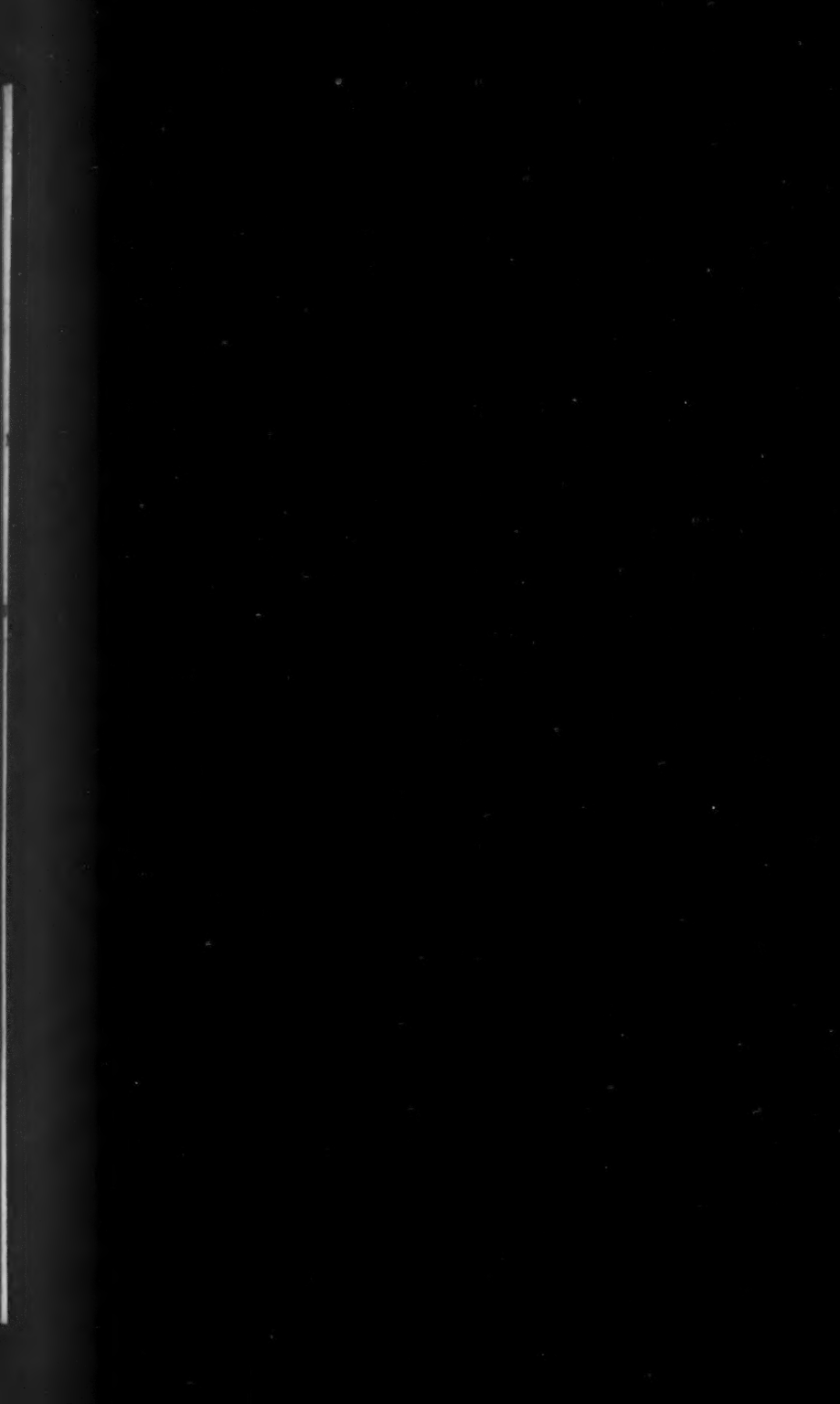
C'est à ce dernier processus que je crois avoir eu affaire dans mon observation I et je suis porté à croire qu'il intervient dans la majorité des cas. La suture occipito-mastoïdienne constitue, en effet, chez beaucoup de sujets et jusque dans l'âge avancé, une fissure perméable courant parallèlement à la rainure digastrique en dedans de celle-ci, et souvent (Hyrthl) traversée par un rameau de l'artère occipitale sous-jacente.

Le pus endocranien, amené ainsi dans l'interstice cellulaire parcouru par l'occipitale, pourra aisément, en suivant celle-ci, se glisser entre les aponévroses profondes de la nuque. Je ne crois pas, en effet, qu'il s'agisse habituellement d'un décollement du périoste de la face exocranienne de l'écaille occipitale. Le périoste, confondu avec les multiples insertions des muscles nucaux, adhère très intimement à l'os, que je n'ai pas, pour ma part, trouvé dénudé.

Si maintenant nous nous reportons aux observations cliniques, nous voyons que ces abcès profonds de la nuque marquent plus de tendance à se diffuser vers en bas et vers en arrière, entre les plans musculo-aponévrotiques, qu'à filer en avant vers la gouttière pharyngée. Quand cette dernière éventualité se réalise, ce n'est qu'après une période de tension plus ou moins prolongée, ou bien grâce à un débridement heureux portant sur la région intermédiaire à la rainure digastrique et au condyle occipital. Une étude attentive de l'anatomie de cette région me paraît de nature à éclairer le mécanisme du drainage pharyngé spontané et, mieux, à diriger l'effort thérapeutique.

A sa face inférieure, ou exocranienne, l'écaille occipitale apparaît martelée d'insertions musculaires étroitement juxtaposées. Toutefois, entre la rainure digastrique, en dehors, et le condyle, en dedans, règne une zone relativement unie, que parcourent d'avant en arrière et parallèlement l'un à l'autre la suture occipito-mastoidienne et le sillon de l'artère occipitale. Le pus, fusant par la suture hors de la fosse cérébelleuse, débouche dans une région circonscrite en dedans par le condyle occipital, en arrière par les attaches des muscles grand et petit droits postérieurs et petit oblique, en dehors par les insertions du digastrique, du petit complexe, du splénius et du cléido-mastoidien, en avant par une barrière musculo-aponévrotique continue, dont la constitution nous importe tout particulièrement.

Tandis, en effet, qu'en arrière les insertions des muscles ménagent entre elles des espaces cellulaires parcourus par le tronc et les branches de l'artère occipitale, accompagnée de ses veines



M. te

M. m

J. pter.

M. Pter.

N. Li

N. Dent.

Pa

stylo-pl

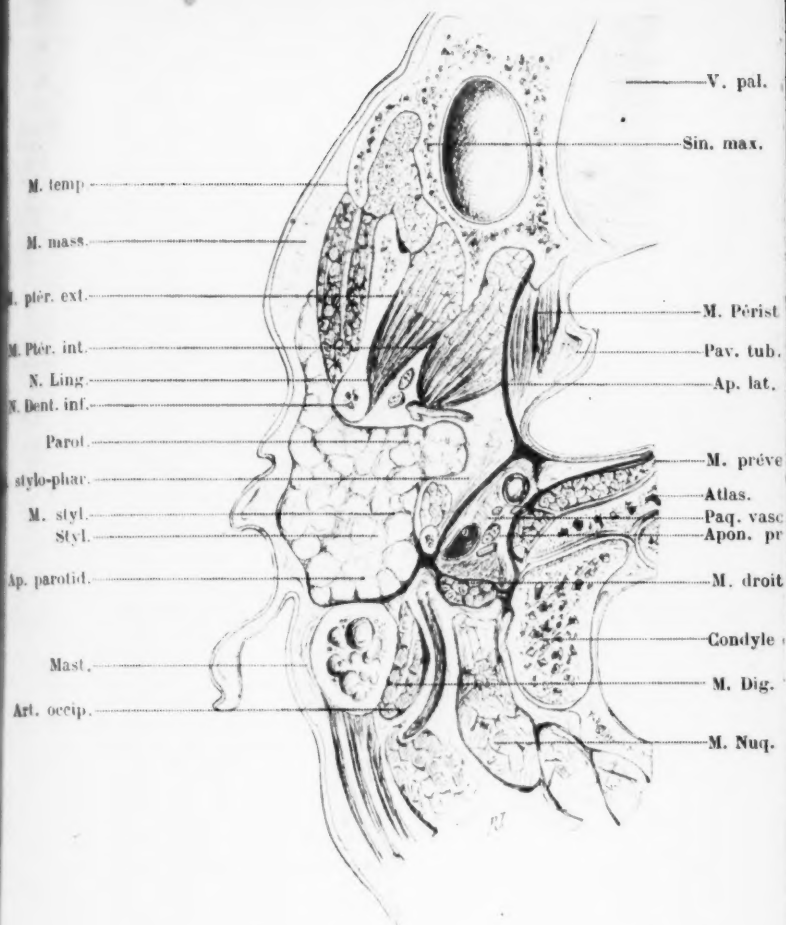
M. st

St

Ap. parol

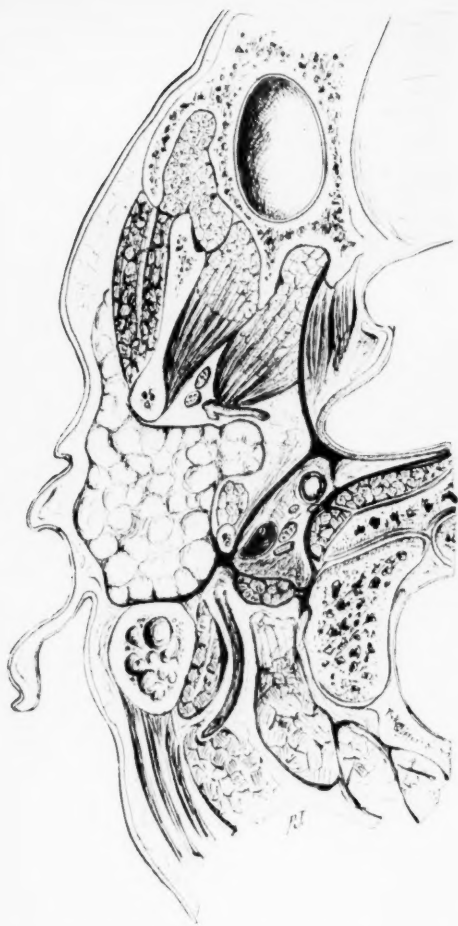
Ma

Art. occ



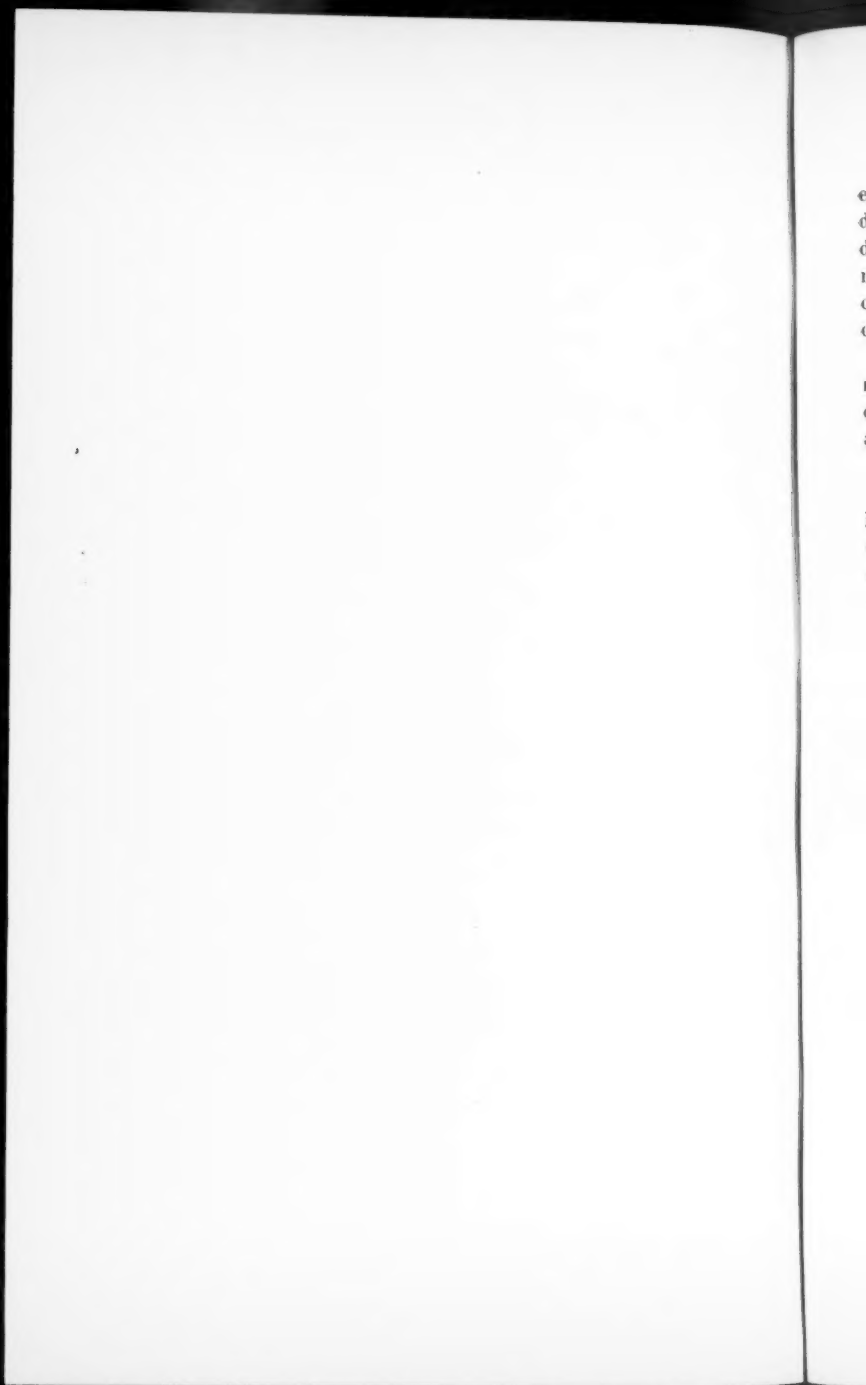
Coupe horizontale de la tête pratiquée tangentielle à la voûte palatine et montrant la disposition des aponévroses au voisinage de la gaine des vaisseaux.

Entre la Mastoïde et le Condyle occipital : l'aponévrose parotidienne, la styloïde et la gaine des vaisseaux, doublée en arrière du muscle droit latéral, forment une cloison étanche, isolant les collections sous-occipitales de l'espace rétropharyngien. — Les flèches indiquent le chemin emprunté par le pus pour franchir cette barrière et se drainer dans le pharynx (d'après la thèse de Guillemin).



Coupe horizontale de la tête pratiquée tangentielle à la voûte palatine et montrant la disposition des aponévroses au voisinage de la gaine des vaisseaux.

Entre la Mastoïde et le Condyle occipital : l'aponévrose parotidienne, la styloïde et la gaine des vaisseaux, doublée en arrière du muscle droit latéral, forment une cloison étanche, isolant les collections sous-occipitales de l'espace rétropharyngien. — Les flèches indiquent le chemin emprunté par le pus pour franchir cette barrière et se drainer dans le pharynx (d'après la thèse de Guillemain).



et nerfs satellites, — offrant aux collections septiques des voies de diffusion vers la nuque, — celles-ci demeurent isolées du pharynx par une sorte de cloison étanche tendue entre la mastoïde et le condyle occipital, qui apparaît bien sur une coupe horizontale pratiquée à quelques millimètres au-dessous de la base du crâne. Elle est constituée de dehors en dedans par :

1° Le feuillet postérieur, très résistant, de l'aponévrose parotidienne, fixé d'une part au bord antérieur de la mastoïde, d'autre part étroitement adhérent au corps de la styloïde et aux muscles qui l'engainent ;

2° L'apophyse styloïde ;

3° Un feuillet aponévrotique solide engainant le muscle droit latéral et tendu entre la styloïde et la face externe du condyle. Ce feuillet, fixé supérieurement à la lèvre postérieure du trou déchiré, se confond avec la gaine du paquet vasculo-nerveux constitué par la jugulaire interne, les nerfs des 9^e et 10^e et 11^e paires de la carotide interne.

La même coupe met en évidence le feuillet externe de la gaine des vaisseaux, formé par l'aponévrose stylo-pharyngienne, ainsi que son feuillet interne, qui n'est autre que l'aponévrose prévertébrale. Il est aisé toutefois de se rendre compte par la dissection que l'adhérence est singulièrement plus étroite pour le paquet vasculo-nerveux avec le feuillet stylo-pharyngien qu'avec la gaine des muscles droits antérieurs, si bien qu'on peut considérer qu'il existe un espace cellulaire virtuel le long de son bord interne, espace qui n'est isolé de l'espace rétro-pharyngien que par la fragile expansion détachée de l'aponévrose latéro-pharyngienne vers l'épaisse lame prévertébrale.

En somme on peut admettre que l'unique obstacle à la migration d'une nappe purulente sous-occipitale vers le pharynx réside dans l'existence de la cloison musculo-fibreuse, tendue verticalement entre l'apophyse transverse de l'atlas et l'apophyse jugulaire de l'occipital et, transversalement, de la styloïde au condyle. Or il semble bien que, dans la majorité des cas, cet obstacle oppose aux progrès de l'infiltration suppurative une résistance supérieure à celle des interstices musculaires de la nuque : d'où la tendance habituelle à la diffusion en arrière.

Quand nous assistons, plus ou moins tardivement, à l'issue favorable constituée par l'abcès latéropharyngien, il n'est pas interdit de supposer que l'aponévrose du droit latéral a cédé sous l'effort du pus dans sa partie interne; mais les recherches que j'ai effectuées avec M. Guillemin, nous portent à faire intervenir une disposition anatomique particulière d'ailleurs assez commune : je veux parler de l'existence accidentelle d'un *canal condylien intermédiaire*.

On désigne sous ce nom une gouttière (souvent transformée en canal), qui apparaît creusée au flanc externe du condyle, qu'elle parcourt d'arrière en avant. Ce conduit, intermédiaire au canal condylien postérieur, trou veineux, et au canal condylien antérieur, destiné à l'hypoglosse, donne passage à un canal veineux établissant une anastomose entre les vaisseaux condyliens postérieurs et les plexus entourant le nerf de la 12^e paire. Le canal condylien intermédiaire perfore donc, d'arrière en avant, l'aponévrose du droit latéral au voisinage de son attache à la face latérale du condyle. Nul doute que chez les sujets porteurs de cette disposition, une collection, retenue sous l'écaille occipitale, ne trouve, en suivant le trajet de la veine condylienne intermédiaire, un accès relativement aisé vers l'espace cellulaire occupant la région la plus interne de la gaine vasculo-nerveuse, et, de là, à travers le mince feuillet pharyngo-prévertébral, vers l'espace latéropharyngien. La voie est d'autant mieux tracée que le canal condylien intermédiaire vient en avant s'aboucher dans la terminaison du canal condylien antérieur, abordant à sa sortie l'hypoglosse, qui guidera plus sûrement encore l'abcès migrateur à travers la région postéro-interne de la gaine des vaisseaux.

Cette pathogénie admise pour la variété d'abcès pharyngien otogène que nous avons envisagée, je me suis demandé s'il ne serait pas loisible au chirurgien de favoriser, par une manœuvre opératoire, une éventualité que la nature réalise trop rarement et que je considère comme la plus avantageuse des issues dans les circonstances considérées. Et il m'a semblé qu'en ruginant avec précaution d'arrière en avant la face latérale du condyle, après résection de la pointe mastoïdienne et ligature de l'occipitale, nous pourrions, sans intéresser

ni la jugulaire, ni les nerfs mixtes, suppléer au défaut du canal condylien intermédiaire et amorcer le drainage pharyngien. Sans avoir eu encore l'occasion de pratiquer systématiquement cette manœuvre, j'ai l'impression d'avoir, chez le malade de ma 2^e observation, facilité l'effort de la nature en ruginant la face inférieure de l'occipital jusqu'au voisinage du condyle, dans le but de rechercher de ce côté une fistule, qui ne fut d'ailleurs pas rencontrée.

PHARYNGECTOMIE POUR ÉPITHÉLIOMA GUÉRISON DEPUIS TROIS ANS ET DEMI

Par **Henri ABOULKER**

Chef du service oto-rhino-laryngologique de l'Hôpital Mustapha (Alger).

J'ai l'honneur de vous présenter un malade guéri depuis 3 ans 1/2 d'une large pharyngectomie qu'il a subie pour épithélioma. Il a été opéré en collaboration avec M. le Dr Sabadini, chirurgien honoraire des hôpitaux.

Voici son histoire : Michel M... 60, ans égoutier, entre à l'hôpital, salle Larrey, service de M. le Dr Sabadini, chirurgien de l'hôpital le 24 mars 1910. Il est porteur d'un épithélioma qui a envahi la moitié gauche du voile du palais, sans toucher à la luette et s'étend à la région amygdalienne, à la partie latérale de la base de la langue et à la paroi latérale du pharynx. Ganglions sous-maxillaires et carotidiens. Ulcération à des bords caractéristiques. Biopsie : Examen du Dr Murat, chef du laboratoire de l'hôpital : Épithélioma.

24 mars 1910.

PREMIER TEMPS. — Evidement de la loge carotidienne et de la loge sous-maxillaire avec ablation de la glande. Ligature de la carotide externe. Section de la joue. A ce moment l'état du malade nous oblige à nous arrêter. Suture de la joue.

DEUXIÈME TEMPS. — 25 jours plus tard. Section de la joue, incision sous-maxillaire, désinsertion du masseter et du ptérygoïdien interne, ablation de la branche montante du maxillaire. Extirpation aux ciseaux de la moitié gauche du voile, de la paroi latérale du pharynx et de la région amygdalienne, du bord de la langue, jusqu'au voisinage de l'épiglotte. Restauration incomplète de la paroi pharyngée. Tamponnement. Pas de trachéotomie. Suites bonnes.

Alimentation pendant plusieurs semaines à la sonde nasale. La plaie cutanée se ferme progressivement et le malade guérit, par

(1) Communication à la Société de médecine d'Alger.

enfouissement des téguments, qui s'accolent à la partie latérale du pharynx réconstitué. Séjour à l'hôpital de 7 mois. Au bout de 10 mois, le malade est en état de reprendre son métier assez pénible d'égoutier. La parole est devenue peu à peu nette et intelligible, la mastication se fait assez bien.

Il reste sur la paroi latérale de la face et du cou, cet enfonce-



ment que le port de la barbe pourrait facilement masquer. A ce jour, 3 ans 1/2 après l'opération, on voit seulement une trainée fibreuse sur la paroi latérale du larynx. *Pas de trace de récidence; état général et local parfait.*

Il y a 18 mois, je vous ai présenté une première fois ce malade en souhaitant de pouvoir vous le montrer de nouveau. En même temps, je vous faisais part succinctement des

résultats que j'avais obtenus dans le traitement chirurgical des épithéliomas bucco-pharyngés. Je vous disais que j'avais entrepris ce traitement chez 11 malades.

Chez 3 d'entre eux, j'avais pratiqué le curage ganglionnaire



de la région sous-maxillaire et carotidienne, premier temps indispensable de toutes ces interventions. J'observai :

- a) Un décès par cachexie ;
- b) Un décès par réapparition, au niveau de la lésion, d'une hémorragie qui s'était déjà produite avant l'opération ;
- c) Un décès par cachexie plusieurs semaines après le curage ganglionnaire ;

d) Un décès par œdème du larynx chez un opéré qui ne put être trachéotomisé à temps;

e) Un malade disparu.

Chez 6 malades j'avais fait : a) 2 fois l'extirpation d'une lésion du plancher et du pilier, une fois par voie sous-maxillaire, une fois après section maxillaire terminée par suture osseuse ;

b) 2 extirpations de lésions de l'épiglotte par voie sous-hyôïdienne avec anesthésie locale à la cocaïne ;

c) 2 extirpations de la paroi latérale du pharynx de la région amygdalienne des piliers de la partie adjacente du voile. L'un de ces malades fut opéré par les voies naturelles ; l'autre, celui que je vous présente, fut opéré par ablation de la branche montante du maxillaire précédant l'exérèse de la tumeur.

L'anesthésie fut faite au chloroforme, sauf dans les 2 cas où l'anesthésie locale fut employée seule.

La trachéotomie fut exécutée seulement dans les 2 opérations sous-hyôïdiennes et à la fin de l'intervention, à cause d'une hémorragie en nappe qui rendit le tamponnement indispensable.

Une fois fut pratiquée la ligature de la linguale, une fois la ligature des 2 linguales, une fois la ligature de la carotide externe.

Comme suites opératoires, sur ces 6 cas, aucune hémorragie et pas la moindre infection broncho-pulmonaire. Les suites des interventions furent constamment bénignes. La survie fut de 4 mois, 5 mois, 7 mois, 12 mois, 15 mois, 17 mois.

Dans aucun cas, je n'observai de récurrence locale, 3 fois récurrence ganglionnaire, 2 fois récurrence gastro-intestinale ; 1 fois pas de récurrence au bout de 17 mois. A ces opérations radicales je pourrai ajouter un malade qui subit une laryngectomie totale avec très large pharyngectomie et vécut 6 mois.

Tels étaient les résultats que je pouvais vous communiquer, il y a 1 an 1/2, mis à part les cas opératoires étendus principalement au larynx. Ces résultats étaient en somme plutôt encourageants. Le traumatisme chirurgical n'avait été nuisible à aucun de mes malades ; la récurrence locale de la lésion

ne s'était produite chez aucun d'eux; et je n'avais observé aucune de ces infections pulmonaires que tous les auteurs signalent comme presque inévitables et presque toujours mortelles.

La statistique de Krönlein donne 39 p. 100 de morts opératoires, celle de Czerny 39 p. 100; celle de Vallas 37 p. 100. Ce sont à peu près les seules séries opératoires publiées.

Mes 7 opérations relativement heureuses m'avaient rempli d'espérance. Sous l'influence de cet optimisme relatif, je pris part, au Congrès national de laryngologie de 1912, à la discussion du sujet porté à l'ordre du jour: La pharyngectomie par les voies naturelles. Les rapporteurs, MM. Gault, de Dijon et Durand, de Lyon, dans un excellent travail basé sur une double démonstration anatomique et clinique, préconisaient l'intervention par les voies naturelles précédée ou suivie de curage ganglionnaire. En faveur de la méthode, ils invoquaient surtout sa bénignité relative comparée à la gravité des opérations par voie externe. A ces conclusions, je crus pouvoir faire l'objection suivante:

« Oui, sans aucun doute, par les voies naturelles, sous le contrôle de l'éclairage frontal, on peut largement enlever des épithéliomas étendus à la paroi latérale du pharynx et à la base de la langue jusqu'à l'épiglotte. On peut aussi, grâce à l'éclairage frontal, suturer sans trop de difficulté les lèvres de la plaie opératoire, sans même faire l'incision préalable de la joue. Mais entre cette tumeur extirpée complètement, je l'admets, et le premier relai ganglionnaire également nettoyé et curé à fond, *il reste le territoire lymphatique intermédiaire, théoriquement envahi par le cancer.* Toute opération qui laisse en place les parties intermédiaires à la lésion et aux ganglions est logiquement incomplète, et ne me paraît pas susceptible de faire espérer une guérison définitive. L'opération rationnelle est l'opération qui s'attache à enlever, autant que possible en un seul bloc la lésion et les ganglions.

Le type de la méthode est le procédé préconisé par MM. Sébilleau, J. L. Faure, Morestin, Vallas pour l'ablation des tumeurs du plancher et de la paroi latérale du pharynx: dissection de la masse ganglionnaire, résection de la branche

montante du maxillaire, de la partie horizontale et résection de la tumeur, le tout enlevé d'un seul bloc.

Telle fut l'opinion que j'exprimai, me basant sur une série relativement heureuse d'opérations sans décès.

Depuis, mon opinion a bien changé sur la bénignité de la pharyngectomie externe. Depuis 15 mois, j'ai fait l'opération 7 fois sur des malades que nos distingués collègues MM. Cochez et Goinard, chirurgiens de l'hôpital, avaient bien voulu hospitaliser dans leurs services :

1° *Épithélioma du pharynx* : 1^{er} temps, évidemment ganglionnaire ; 2^e temps, trachéotomie, pharyngectomie, hémilaryngectomie ;

2° *Épithélioma de la paroi latérale du pharynx*, du voile de la voûte palatine : 1^{er} temps, évidemment ganglionnaire ; 2^e temps, ligature de la carotide externe ; 3^e temps, résection de la branche montante envahie par le cancer et ablation de la lésion principale ;

3° *Épithélioma du frein du plancher* : 1^{er} temps, évidemment sous-maxillaire et carotidien ; 2^e temps, section de la mâchoire, ablation de la tumeur, suture de la mâchoire au fil d'argent ;

4° *Épithélioma du frein et du plancher* : 1^{er} temps, évidemment ganglionnaire ; 2^e temps, ablation de la tumeur par la bouche ;

5° *Épithélioma de la partie latérale du pharynx et du larynx* : 1^{er} temps, évidemment ganglionnaire ; 2^e temps, trachéotomie, pharyngectomie et hémilaryngectomie ;

6° *Épithélioma de la base de la langue et du larynx*. En un temps évidemment ganglionnaire, pharyngectomie, hémilaryngectomie ;

7° *Épithélioma de la base de la langue de la paroi latérale du pharynx et du voile*. Trachéotomie, extirpation de la lésion par les voies naturelles. Sur 7 malades, 6 sont morts dans un délai de 3 à 5 jours, le 7^e est mort, le 40^e jour, d'érysipèle de la face occasionné par le rasoir du coiffeur. Un malade fut opéré par les voies naturelles d'une lésion très large avec des suites très bonnes, mais opéré 2 mois plus tard par voie externe pour un fragment de la tumeur qui n'avait pu être atteint la première fois, il succomba.

En sorte que sur 15 opérations, j'ai eu 7 morts opératoires, mes 8 premières opérations n'ayant donné aucun échec immédiat imputable à l'intervention.

Sur 7 décès, il y a un décès accidentel par erysipèle de cause étrangère à l'opération, puisqu'il se développe sur une plaie de la face déterminée par le rasoir du coiffeur 40 jours après l'opération, et dans 3 cas sur 7 en plus de la pharyngectomie je fus obligé de faire une héli-laryngectomie. Il s'agissait dans les 15 cas, de malades très affaiblis et atteints de lésions considérables que beaucoup avaient jugées inopérables. Néanmoins, je le répète, 8 malades ont parfaitement supporté l'opération.

Or c'est là le point qui m'occupe tout d'abord. Il ne s'agit pas en effet, pour l'instant, de savoir si les malades qui ont un cancer bucco-pharyngé meurent de ce cancer une fois opérés. Il s'agit de rechercher la gravité de l'acte opératoire, et d'établir si vraiment la chirurgie du cancer du pharynx doit être condamnée ou si l'on est autorisé à la tenter. J'ai rappelé d'après Lenormant, que Czerny, Kronlein, Vallas, ont eu près de 40 p. 100 de décès opératoires, mes 7 premières opérations m'ont donné 0 mort; l'ensemble des 15 opérations, 6 décès, soit à peu près 40 p. 100.

Gurtl (cité par Lenormant) a publié, en 1904, 12 cas avec 2 morts post-opératoires. En France, en dehors de Vallas, seuls J. L. Faure, Morestin et mes maîtres, MM. Sebileau et Castex ont fait des publications isolées ou des revues générales sur le cancer du pharynx, sans donner, que je sache, l'ensemble des résultats de leur pratique. Or, ce qu'il y a de particulièrement intéressant, c'est la confession complète d'un opérateur.

Les séries heureuses sont possibles et trompeuses. Mes 7 premières opérations réparties en 3 ans en sont une nouvelle preuve.

Il paraît en somme établi que sur 100 malades opérés, 60 survivent au bout de 3 ou 6 mois, et en admettant qu'ils meurent tous, *ils ont vécu autant que les malades non opérés*. On ne peut pas dire que l'opération a abrégé leur existence. On peut affirmer en revanche que leur fin n'est pas

horriblement douloureuse comme celle des malades abandonnés à eux-mêmes. Ils succombent à des récidives ganglionnaires ou viscérales ou à la cachexie. Ils ne meurent pas de faim après des souffrances atroces comme les malades abandonnés à leur triste sort.

Nous avons vu quels étaient les résultats immédiats. Voyons quels sont les résultats éloignés de ces opérations. Krönlein (1897) déclare, sur 29 opérations, 1 guérison datant de 2 ans, 1 datant de 7 ans. Czerny-Lindenborn (1904) déclare des récidives rapides chez 14 malades qui, sur 29, ont résisté à l'opération; Vallas (1906) 29 opérations, 1 guérison datant de 4 ans.

Je n'étonnerai personne en disant que mon optimisme des premières tentatives a disparu. Peut-être étonnerai-je mes confrères en disant ce que je pense néanmoins, à savoir que je ne me résous pas à jeter l'anathème sur cette épouvantable chirurgie. Après avoir fait connaître mes premiers résultats relativement assez heureux, je désirais faire connaître les échecs qui leur ont fait suite. A l'occasion de la présentation du malade que vous venez de voir, survivant au bout de 3 ans 1/2 sur 15 opérés, je me suis permis une digression destinée à faire connaître l'ensemble des résultats que j'ai obtenus. Ce n'est pas le moment d'entrer dans le détail de mes observations, et d'essayer d'en tirer quelques indications capables peut-être de restreindre la gravité immédiate et éloignée des pharyngectomies pour cancer. Je m'abstiendrai donc d'envisager l'utilité respective des ligatures préventives, des résections préliminaires du maxillaire, de la trachéotomie et particulièrement la technique des évidements ganglionnaires.

Entre les pharyngectomies exécutées par les voies naturelles même préalablement élargies par l'incision de la joue d'une part (Gault et Durand) et les pharyngectomies précédées d'opérations préliminaires, résection du maxillaire qui augmentent manifestement la gravité du choc opératoire, j'ai une tendance à donner la préférence aux procédés intermédiaires préconisés à la Société de chirurgie par mon maître M. Sébileau. Suivant la localisation du cancer, M. Sébileau exécute la pharyngectomie latérale supra-hyoïdienne ou sous-hyoïdienne mais se donne du jour par la section de la mandibule dont

les fragments simplement écartés sont ensuite suturés. Le malade, qui survit 3 ans 1/2 après l'opération, a cependant parfaitement supporté la résection de la branche montante.

Je fais remarquer que des malades se présentent à nous assez souvent, atteints de très vastes épithéliomas de la face. Ces malades sont aussi âgés que les porteurs de cancer de pharynx, et ont autant qu'eux les reins et le foie en mauvais état. Ces malades supportent cependant très bien des exérèses énormes. C'est ainsi que nous avons opéré, il y a un an, M. Cochez chirurgien de l'hôpital et moi, 3 malades pour des tumeurs qui avaient envahi chez l'un, les 2 maxillaires supérieurs, chez les 2 autres les 2 sinus frontaux, les sinus ethmoïdal et sphénoïdal, sans la moindre alerte post-opératoire. J'ai assisté M. le Pr Cange dans une ablation d'épithélioma, qui entraîna la résection de la moitié de la face. Les suites furent très bénignes. Au contraire, lorsqu'on opère sur le pharynx moyen et inférieur, toutes conditions d'âge, de résistance et d'importance des lésions restant les mêmes, la gravité de l'intervention est bien différente. C'est sans doute parce qu'on opère alors sur le territoire du pneumogastrique. La gravité du traumatisme chirurgical est alors probablement due en grande partie au choc bulbaire.

On comprend la défaveur dont jouit auprès des chirurgiens le traitement opératoire du cancer du pharynx. J'ai déjà dit que cette défaveur me paraît excessive. Et, somme toute, si faible qu'elle soit, l'opération reste la seule chance de salut. Il me semble désirable de voir les chirurgiens rompus à la pratique de la chirurgie générale, apporter plus souvent à ces difficiles interventions l'appoint de leur grande expérience et de leur habileté opératoire. Les laryngologistes, depuis quelques années, se sont acharnés au traitement opératoire du cancer du larynx. Le pronostic en devient de jour en jour moins sombre. Le miroir laryngien, qui permet des diagnostics précoces, rend possible aujourd'hui un traitement curatif.

Chaque fois que l'on envisage le traitement chirurgical du cancer d'un organe quelconque, on aboutit à la même conclusion, banale à force d'être répétée. Le cancer est au début une maladie locale. Que les médecins fassent des diagnostics

précoces, et le traitement deviendra meilleur. Le jour où les praticiens se rappelleront qu'à partir de 40 ans tout individu en pleine santé atteint d'une gêne même insignifiante de la déglutition doit être considéré comme très suspect et soumis à un examen pharyngoscopique sérieux, ce jour-là les chirurgiens opéreront des cancers au début ; et, sans aucun doute, le pronostic du traitement opératoire des tumeurs malignes du pharynx deviendra moins sombre.

3 Novembre 1913.

P. S. — Depuis que j'ai fait cette présentation à la Société de médecine d'Alger, j'ai fait 3 nouvelles opérations.

1° Une tentative opératoire chez un vieillard atteint d'une ulcération du pilier qui en 4 ou 5 semaines envahit tout le pharynx. Après incision de la joue et de la paroi pharyngée, j'ai dû renoncer à l'ablation. Spasme laryngé. Trachéotomie. Pneumonie. Mort au 6^e jour ;

2° Une extirpation du pilier du voile y compris la luette, de l'amygdale et du bord de la langue après section de la joue. Restauration de la paroi pharyngée. Pas de tamponnement. 3 semaines plus tard, évidemment ganglionnaire sous-maxillaire et carotidien. Bon état depuis 3 mois. Malade présenté par mon collègue, M. Cochez, chirurgien de l'hôpital ;

3° Un infirmier de l'hôpital est hospitalisé salle Larrey, service de M. Cochez, chirurgien de l'hôpital. Il est atteint d'épithélioma envahissant la moitié droite de la langue, toute la partie droite du plancher et la moitié antérieure gauche du plancher. Masse ganglionnaire sous-maxillaire droite de la grosseur d'une mandarine. Extirpation de la tumeur sous-maxillaire. Section médiane du maxillaire inférieur. Ablation du plancher à droite et à gauche. Ablation de la moitié droite de la langue. Suture de la pointe de la langue à sa base. Suture du maxillaire inférieur au fil d'argent. Suture au catgut de la muqueuse de la lèvre inférieur et des téguments sous-maxillaires. Suture de la peau sous-maxillaire et de la lèvre inférieure au crin. Cette opération a duré 2 h 1/4. J'ai lié, chemin faisant, les 2 linguales. L'anesthésie a été faite à la novocaïne à 1 p. 100 additionnée d'adrénaline. J'ai employé 25 centimètres cubes de cette solution. Les suites opératoires ont été très simples. Le malade, opéré il y a un mois, va très bien. Assistance des D^{rs} Solacroup, Grunzy, Calmels. Je crois que l'anesthésie locale permettra d'étendre les bénéfices de la pharyngectomie.

MASTOIDITE DE BEZOLD, OSTÉITE DES CELLULES PÉRILABYRINTHIQUES. MÉNINGITE CONSÉCUTIVE : PRÉSENTATION DE PIÈCES (1).

Par **M. REVERCHON**, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Le soldat Ch., 22 ans, jeune soldat comptant 2 mois de service, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 4 décembre 1912, parce qu'il est atteint depuis quelques jours, à la suite d'une angine banale, d'une otorrhée gauche dont le caractère est d'être très abondante.

L'examen otoscopique de l'oreille gauche, pratiqué le 5 décembre, montre que la partie postérieure du tympan et du conduit forme une saillie en forme de poche. Il existe un point douloureux antral, rien au niveau de la pointe; large paracentèse de la poche, sous anesthésie au Bonain: la douleur mastoïdienne disparaît, l'écoulement diminue. Le 30 décembre, nous notons un peu d'otorrhée à droite. Le 4 janvier, l'écoulement reparaît abondant à gauche; une poche se forme à nouveau, au même point que la première fois. La réaction mastoïdienne est plus violente et se maintient malgré une large paracentèse.

Le 5 janvier, le malade presque apyretique à 39°5, la nuit a été mauvaise. Pas de frissons; le 6 au matin, il a le facies très infecté. De plus une modification profonde s'est produite dans l'aspect de sa mastoïde. Lorsqu'on examine le malade par derrière, tournant le dos à la lumière, on note une tuméfaction du volume d'un œuf de poule à la partie supérieure de la région carotidienne; la tuméfaction empiète en avant sur la région parotidienne, en arrière sur celle de la nuque. En haut, la limite supérieure est au niveau de la pointe de l'apophyse mastoïde.

La tuméfaction est dure, non fluctuante, il existe un léger œdème de la région et la pression nous montre une douleur de la mastoïde mais une douleur qui diminue de la pointe vers la base et dont le maximum est nettement au niveau de la pointe de l'apophyse.

Le diagnostic s'impose, nous avons à faire à une infection de la

(1) Communication à la Société de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie de Paris.

partie supérieure de la région carotidienne à la suite d'une perforation d'une cellule de la pointe : c'est la mastoïdite de Bezold. Il manque, il est vrai, le signe de certitude ; l'issue de pus par l'oreille lors de la pression de la région carotidienne ; c'est que nous sommes à la phase de début ; la région carotidienne est infectée, mais le pus n'est pas encore collecté.

L'opération pratiquée le soir même sous anesthésie à la cocaïne adrénaline, confirme cette impression et voici textuellement le compte rendu opératoire, dicté après l'intervention :

« Dès que la corticale est enlevée sur une surface de 1^{cm} 1/2 il s'échappe une quantité considérable de pus sous tension jaune et bien lié renfermant du streptocoque pur très abondant. »

L'exploration est alors pratiquée à la sonde cannelée et l'on constate que toute la moitié inférieure de la mastoïde est remplacée par une poche dont les limites antérieures et externes sont celles de l'apophyse dont la limite postéro-interne correspond au sinus qui est sain mais baigne dans un magma de pus mélangé à de la boue osseuse ; cette cavité est vidée et curettée, sa paroi externe est enlevée avec précaution. A la partie inférieure correspondant à la pointe de la mastoïde, on trouve un orifice admettant l'extrémité de la sonde cannelée. Le pourtour de cet orifice est réséqué en même temps que la pointe et nous constatons la présence, dans la gaine du muscle, d'une cavité de la dimension d'une noisette. L'exploration prudente faite à la sonde et à la pince ne nous permet pas de descendre plus bas. L'opération est terminée par l'ouverture de l'antre et le drainage de toutes les cellules postérieures et postéro-internes. La cavité, lorsque l'opération est terminée, nous montre le sinus dénudé, la mastoïde complètement évidée ; il ne persiste que le bord antérieur et une portion de la face interne de l'apophyse.

Il n'a été fait aucun débridement du côté du cou. Dès le lendemain la tuméfaction cervicale qui persistait après l'opération a diminué. Elle a disparu, le 10 janvier, 4 jours après ; la température tombe à la normale ce même jour, et ce premier épisode est terminé. Nous avons eu une cellulite des cellules de la pointe avec ouverture spontanée dans la région cervicale sans abcès collecté, en somme une mastoïdite de Bezold arrêtée dans son évolution par une intervention précoce. Tout se passe bien, pendant un mois le malade se lève, pansé tous les 2 jours ; la cicatrisation se fait normalement.

Le 3 février, à la visite, Ch... accuse un peu de céphalée frontale. La température axillaire est de 37° 6. Insomnie dans la

nuît du 3 au 4. Pas d'autres symptômes. En particulier, pas de vertiges ni de latéropulsion, de nystagmus spontané ni de diminution plus notable de l'audition. Les épreuves caloriques de Barany ne sont pas faites; rien d'ailleurs, à cette période, ne nous aiguille du côté d'une lésion de l'oreille interne, et ne nous fait prévoir une grave complication endocranienne.

Après une accalmie parfaite de 5 jours, une sédation complète de la céphalée et de la température qui nous laisse la plus plus parfaite sécurité, la méningite se déclare le 9 janvier au soir. Le malade, qui a mangé à 5 heures avec ses camarades et n'a pas présenté d'élévation de température à 3 heures, accuse à 6 heures une céphalée intense et a 2 vomissements, la température est de 39°. La nuit est mauvaise, subdélire. Le lendemain matin, 10 janvier, le malade est extrêmement abattu et somnolent; pas de nausées, pas d'inégalité pupillaire, pas de syndrome de Gradenigo.

L'examen à l'ophtalmoscope ne montre pas d'œdème de la papille; il existe de la rachialgie et une ébauche de Kernig.

Ponction lombaire, légère hypertension, mais liquide franchement louche qui est mis immédiatement au centrifugeur. Nous avons 2 heures après la réponse du laboratoire.

« Le liquide décanté présente un précipité cailleboté volumineux d'albumine. Le culot montre, à l'examen direct, de nombreux polynucléaires, quelques grands mononucléaires et de rares diplocoques encapsulés qui ressemblent à des pneumocoques.

Ces trois éléments :

1° Albumine en proportion massive;

2° Formule polynucléaire;

3° Présence d'agent pathogène dans le liquide représentent dans un ordre croissant les trois termes de gravité de la méningite, et il semble résulter de la lecture des observations récentes et complètes de méningite otogène que jamais un malade n'a pu être sauvé si son liquide céphalo-rachidien présente à la fois les 3 caractères précités.

Néanmoins le chirurgien n'a pas le droit d'abandonner la partie. M. le Pr Sieur, que j'ai l'honneur d'assister, décide de pratiquer une deuxième intervention. Le but qu'il se propose est le suivant. Notre malade peut avoir dans le cerveau ou le cervelet un abcès qui a secondairement infecté les méninges; il peut avoir une localisation de la méningite à la base, un large évidemment pourrait dans l'un et l'autre cas, favoriser le drainage. L'opération est menée vivement sous anesthésie locale à la cocaïne adrénaline;

elle est parfaitement supportée par le malade. Voici le résumé de cette intervention. L'incision précédente est débridée ; l'os périantral est atteint d'ostéomyélite indiquant que la lésion trouvée du côté de la pointe, lors de la première intervention, a continué son évolution. On est ainsi amené de proche en proche à mettre à nu le reste du sinus, les méninges cérébelleuses placées en avant du sinus et les méninges cérébrales correspondant au plafond de l'antre et de la caisse ainsi que de la partie supérieure du conduit.

Il n'existe aucun abcès extra-durémérien et les méninges ainsi découvertes ont leur aspect normal. Néanmoins, comme il n'existe pas de battements, et en raison de la douleur et du résultat de la ponction lombaire, on incise les méninges cérébelleuses et cérébrales sans voir sourdre de pus.

On fait même à la sonde cannelée 2 ponctions dans le cerveau et le cervelet sans aucun résultat. Le foyer est désinfecté avec soin, touché à la teinture d'iode et pansé à la gaze iodoformée.

Les accidents méningés ont continué leur évolution malgré la libération du cerveau et la désinfection du foyer osseux.

L'intervention ne paraît pas influencer l'évolution de la méningite, les ponctions lombaires faites 2 fois par jour ramènent un liquide trouble sous forte tension.

Lors du dernier pansement, fait 2 jours après l'opération, la partie du cerveau mise à nu par l'incision faisait une hernie considérable et présentait une encéphalite avec liquéfaction de la substance cérébrale.

Décédé le 13 février à 3 h. 45 du matin.

L'autopsie montre une méningite séreuse. Liquide louche au niveau de la base des 2 étages postérieur et moyen, mais pas de pus collecté. Les méninges molles paraissent hématiées, les veines sont très congestionnées, pas de trainées purulentes le long des vaisseaux piemériens ; le cerveau lui-même est œdématisé et paraît frappé d'hydrocéphalie. Large perte de substance cérébrale au niveau de la brèche opératoire à l'endroit où s'est produite la hernie.

La dure-mère, examinée en place après ablation de l'encéphale, paraît normale et l'observation paraîtrait banale si l'autopsie s'arrêtait là, mais le rocher est prélevé suivant la méthode classique, nettoyé après ébullition, et nous obtenons la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter.

Vous constatez d'abord la large brèche opératoire, intéressant la pointe de la mastoïde ; c'est le résultat de la première intervention, dirigée contre la mastoïdite de Bezold ; vous voyez d'autre part une

large voie d'accès sur l'étage moyen et le postérieur; c'est le résultat de la deuxième opération.

Vers la partie moyenne de la pyramide pétreuse, à cheval sur la face supérieure et sur la postérieure, nous notons une cavité osseuse de la dimension d'un gros pois dont le fond, qui correspond au toit du conduit auditif interne, est parfaitement lisse mais dont les bords et surtout le postérieur et l'interne sont déchiquetés.

La cavité se prolonge en avant du côté de la pointe. Mais elle nous intéresse surtout par ses rapports et ses communications avec la base de la pyramide pétreuse au niveau de l'antre.

C'est ce détail que je me suis efforcé de reproduire sur le dessin ci-joint. Vous y voyez d'abord la boucle du canal demi-circulaire supérieur très rapproché de la corticale interne.

Entre la boucle et cette corticale, nous trouvons en avant un orifice, véritable canal de 2 millimètres de long sur un de large; au-dessus et en arrière de la boucle, des orifices beaucoup plus étroits. Enfin, dans la boucle même du canal, nous trouvons, sans aucun artifice de dissection, un autre pertuis qui est en communication évidente avec la base de la pyramide pétreuse.

Nous tenons évidemment la clef du problème. C'est par l'intermédiaire de ces communications qui nous représentent autant de trainées cellulaires préformées atteintes d'ostéite que notre malade a infecté la partie moyenne et la pointe de son rocher et consécutivement ses méninges, et notre observation peut se résumer en ces quelques mots :

Otite moyenne aiguë suppurée à gauche guérie puis réchauffée.

Mastoidite de Bezold, c'est-à-dire cellulite de la pointe de l'apophyse mastoïde jugulée par une intervention heureuse; mais secondairement, après un accalmie trompeuse de un mois; infection toujours par voie cellulaire de la base de la pyramide pétreuse puis de la pointe de celle-ci.

Ce travail se poursuit insidieusement jusqu'à ce que la leptoméninge ait été atteinte, soit par l'intermédiaire des gaines du nerf auditif, soit à travers la dure-mère par voie lymphatique d'autant plus facilement que, au voisinage du conduit auditif interne, la dure-mère est toujours adhérente.

J'ai tenu à vous rapporter avec tous ses détails cette observation, parce que le rapprochement de l'histoire clinique du malade et de l'étude anatomique des lésions m'a paru intéressant :

Les particularités à relever dans l'histoire clinique sont les suivantes :

1° La mastoïdite de Bezold, survenue très rapidement, mais opérée très tard, guérit sans aucun débridement du côté du cou; la plaie mastoïdienne draine à la fois l'apophyse trépanée, et la partie supérieure de la région carotidienne;

2° La méningite n'a pas eu de prodromes nets du côté de l'oreille interne pouvant faire prévoir cette *redoutable complication*.

Le début a été soudain; l'évolution rapide; malgré le traitement chirurgical largement appliqué dès la première heure, et ceci vient confirmer cette notion classique du pronostic fatal de la méningite otogène, quand sont apparus les 3 éléments de cette triade symptomatique :

Albumine; polynucléose; présence dans le liquide d'éléments pathogènes.

L'étude anatomique vous donne une heureuse confirmation clinique des notions apportées au cours de ces 10 dernières années sur l'importance de la constitution de la mastoïde, et de l'influence de cette constitution sur l'évolution des suppurations de l'apophyse.

Je ne puis faire ici l'historique de cette question; je vous rappellerai seulement les travaux de Mouret et en particulier sa communication à la Société Française en 1912 — et le travail de M. Girard rapporté ici même, et qui m'a servi de guide dans l'interprétation de cette lésion.

La cavité osseuse que je vous ai décrite au-dessus du conduit auditif, et dont est partie certainement la fusée purulente qui a infecté la leptoméninge, c'est le groupe des cellules décrites par Mouret dans cette région, groupe sur lequel Girard, dans le travail précité, revient en ces termes :

« Après le Professeur Mouret, nous voulons attirer l'attention sur ce groupe de cellules aériennes qui se trouve au-dessus du conduit auditif entre le conduit d'une part — d'autre part la crête du rocher et son versant antérieur. Les quatre trainées cellulaires périlabyrinthiques de l'étage supérieur du rocher viennent s'y fondre en une seule.

« C'est une sorte de carrefour où ces 4 routes venant de

la base se réunissent avant de pénétrer dans la pointe.

« Laffite-Dupont a signalé une trainée cellulaire qui, partant de l'antre, accompagne le canal *antro-cérébelleux* et s'engage avec lui dans l'anse du canal semi-circulaire supérieur. Nous avons rencontré aussi cette fusée de cellules et nous avons pu la suivre jusqu'au-dessus du conduit auditif interne, jus-



Fig. 2.

qu'au carrefour que nous venons de décrire. »

Cette description de Girard pourrait s'appliquer textuellement à mon cas. La grande cavité osseuse correspond au carrefour, et voici en avant la trainée cellulaire des cellules sus-labyrinthiques antérieures.

En arrière, à peine esquissé le groupe postérieur. Dans la boucle du canal demi-circulaire supérieur, c'est la trainée cellulaire du canal antro-cérébelleux ou pétro-mastoïdien.

D'autre part, je veux faire ressortir l'évolution parallèle des lésions au niveau de la pyramide fibreuse et au niveau de la pyramide mastoïdienne.

Mon malade a fait de la cellulite de son rocher, comme il a fait de la mastoïdite de Bezold, *parce qu'il avait une apophyse particulièrement pneumatique*, et je vous demanderai la permission d'appuyer cette assertion sur l'autorité de Mouret, et de vous citer ses 2 dernières conclusions *sur l'évolution de la suppuration dans les mastoïdes très pneumatiques* :

« Plus les cellules sont nombreuses, plus le tissu osseux intercellulaire est aminci; plus les cloisons intercellulaires sont minces, moins elles offrent de résistance à la pression intracellulaire, que celle-ci soit due à la rétention du pus ou qu'elle soit due à la formation de fongosités intracellulaires.

« Plus les cellules sont nombreuses, plus certaines d'entre elles sont rapprochées de la surface de l'os, tant du côté exocranien que du côté endocranien : *par conséquent la suppuration trouvera une barrière moins résistante de tous côtés.*

« Pour toutes les raisons anatomiques, la suppuration dans les mastoïdes très pneumatiques sera d'abord très abondante et facilitera la marche rapide de l'infection hors de l'os, soit *du côté du périoste, soit du côté de la dure-mère.* »

Ceci n'a pas qu'un intérêt anatomique. La méningite otogène confirmée n'a pas encore de traitement curatif; mais on doit lui appliquer un traitement prophylactique, un traitement de prévision, suivant l'expression de Lermoyez.

C'est une trépanation du labyrinthe lorsque nous avons des signes cliniques de labyrinthite; mais rien de pareil dans notre cas; et cependant il y a lieu, en présence d'une suppuration aussi profuse dès le début dans une mastoïde très pneumatique, de faire une intervention très précoce et de la faire particulièrement large en dépassant les limites de la portion osseuse infectée, de façon à avoir la certitude d'éteindre ce redoutable foyer d'infection.

L'OUVERTURE DU SAC LACRYMAL PAR LA VOIE ENDONASALE DANS LES AFFECTIONS DES VOIES LACRYMALES

Par **J. BOURGUET** (de Toulouse).

Dans un travail précédent, nous disions que notre spécialité ressemblait à un arbre plein de sève, étendant au loin ses rameaux nombreux et vigoureux. Il semble que chaque jour notre art fait de nouvelles conquêtes. Notre domaine s'agrandit de plus en plus. Après la découverte de la broncho-œsophagoscopie, nous avons fait rentrer dans notre cadre les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, les tumeurs de l'hypophyse, les névralgies du trijumeau, et aujourd'hui les affections des voies lacrymales en attendant d'y faire rentrer demain les affections chirurgicales du cervelet et peut-être du cerveau.

Nous avons pour but aujourd'hui de nous occuper seulement des affections des voies lacrymales.

Les larmes, après avoir été sécrétées par la glande lacrymale viennent s'accumuler au niveau de l'angle interne de l'œil dans une région ovalaire nommée sac lacrymal dont le fond est constitué par la caroncule lacrymale. Du lac lacrymal partent 2 conduits, conformés à angle droit, l'un, canalicule lacrymal supérieur contenu dans l'épaisseur de la paupière supérieure, l'autre, canalicule lacrymal inférieur, contenu dans l'épaisseur de la paupière inférieure. Tous les deux sont près du bord libre et aboutissent, soit séparément, soit unis, dans une ampoule membraneuse, le sac lacrymal plaqué contre la partie antérieure et interne de la cavité orbitaire. Au sac lacrymal fait suite le canal lacrymo-nasal creusé dans la paroi externe des fosses nasales et venant déboucher dans le méat inférieur sans insister sur ses variations anatomiques. La contraction du muscle orbiculaire, lors du

clignement, commençant toujours du côté de la tempe pour se terminer du côté nasal, a pour effet de faire progresser les larmes vers l'angle interne, vers le lac lacrymal. De là elles pénètrent dans les voies lacrymales grâce à la capillarité de ces voies et grâce à l'action dilatatrice que les muscles orbitulaires et de Horner exercent par leurs contractions sur le sac lacrymal, et finalement elles viennent se déverser sous le cornet inférieur.

Si une affection des voies lacrymales vient à se développer, les larmes ne peuvent plus suivre les voies naturelles, elles coulent le long des joues, le malade pleure. C'est une infirmité qui trouble la vision. C'est ce qu'on appelle de l'épiphora ; ce sont en général les affections du sac (dacryocystite, blennorrhée du sac, phlegmon du sac, fistule lacrymale) qui amènent par l'épiphora, qui en est la conséquence, ce trouble visuel.

Les ophtalmologistes depuis longtemps se sont efforcés de guérir le larmolement de leurs malades, en cherchant à rétablir soit la perméabilité des voies lacrymales par le cathétérisme, soit en créant une communication artificielle entre l'œil et le nez.

Les premières tentatives de rétablissement de la perméabilité du canal lacrymo-nasal par le nez furent faites par le méat inférieur, et c'est Caldwell qui, en 1893, dit Polyak (1), attaqua chirurgicalement le canal, dans un cas de sténose de ce conduit. Il introduisit, par un canalicule lacrymal, une sonde jusqu'à la sténose, enleva une partie du cornet inférieur au moyen de la fraise, ouvrit le canal lacrymo-nasal par sa partie inférieure jusqu'à la sonde et permit ainsi l'écoulement des larmes. Un peu plus tard, en 1901, Passow (2) enleva la tête du cornet inférieur, et quelques jours après, sous anesthésie générale, après avoir placé une sonde de Bowmann, fit l'abrasion, au moyen d'une gouge, de la partie osseuse du canal lacrymo-nasal et termina en incisant sur la sonde la partie membraneuse. Il opéra ainsi 3 cas et obtint 3 gué-

(1) POLYAK. — Ueber die Technik der intranasalen Dakryocystostomie *Archiv. für Laryng.* 1913- Heft 3 page 483.

(2) PASSOW. — Chirurgische Behandlung der Verengerung des Tränenkanals *Münch. mediz. Woch.* 1901, n° 36, page 403.

risons. Strazza (1) en 1904 et Okuneff en 1908 (2) vantent cette technique; ce dernier dit qu'il est même arrivé jusqu'au sac lacrymal, qu'il l'a dégagé, ouvert et cureté.

Pour rétablir la perméabilité des voies lacrymales, on peut encore citer le cathétérisme rétrograde introduit en 1730 par Laforest, perfectionné par Duboy et Gensoul et recommandé par Corradi. Polyak, en 1902, cite sa méthode de cathétérisme rétrograde avec sonde à angle aigu conformée suivant les conditions anatomiques et dit avoir obtenu la guérison dans trois cas.

Ces méthodes se sont peu étendues, les oculistes et les rhinologistes les ont peu employées. A l'heure actuelle, les dacryosténoses sont soignées par le cathétérisme direct qui ne donne aucun résultat dans 90 p. 100 des cas. Le malade continue à larmoyer malgré les sondages répétés. On fait l'extirpation du sac lacrymal lorsqu'il y a ectasie, phlegmon de ce sac et le malade continue encore à larmoyer. Le traitement de cette affection entre les mains des oculistes a donné en somme peu de succès, et est resté stationnaire, on peut dire, jusqu'en 1904, jusqu'au jour où Toti (3) exposa sa méthode de dacryocystorhinostomie. Dès cet instant, la question change de face, et on peut dès lors prévoir qu'il arrivera un jour où l'on trouvera le remède, pour ainsi dire idéal, contre cette affection. Toti, dans cet exposé, cherche à faire toujours s'écouler les larmes dans le nez. Si le conduit lacrymo-nasal est rétréci, obstrué, il crée une ouverture artificielle entre le sac et le nez let, de cette manière, la vue ne sera pas gênée, le larmolement ayant disparu.

La méthode de Toti consiste à faire une incision cutanée externe au niveau de l'angle interne de l'œil, à réséquer ensuite la paroi interne du sac, et à faire l'ablation de la gouttière lacrymale dans laquelle repose le sac. Cette méthode a été modifiée par Lagrange, Aubaret, Blaskovics. « A part la cicatrice

(1) STRAZZA. — Neue Methode zur Radikalbehandlung chronischer Tränensackeiterungen, 8^e Congrès de la Soc. italienne de laryng. etc. 1904.

(2) OKUNEW. — Résection du conduit lacrymo-nasal, *Arch. med. de laryng.*, 1908, Tome XXV, p. 697.

(3) TOTI. — *La Clinica moderna*, 1904 N^o 33.

et la chéloïde qui se produit dans quelques cas, dit West (1), Toti nous dit qu'il a eu de bons résultats dans un peu plus de la moitié des cas. Ce pourcentage, relativement minime de guérisons doit avoir sa cause dans le fait que les canalicules lacrymaux, si délicats, doivent beaucoup souffrir dans ce procédé. La méthode de Toti donne les meilleurs résultats dans les cas d'ectasie du sac, mais il n'est pas ectasié dans la plupart des cas de dacryosténose. Elle ne peut non plus être employée dans les phlegmons et les fistules du sac car il faut suturer par première intention l'incision cutanée. » Il fallait trouver une autre méthode qui, sans incision externe, amènerait la guérison dans un pourcentage plus élevé dans les formes morbides provoquées par la dacryosténose : dacryocystite et blennorrhée du sac avec ou sans ectasie, fistule lacrymale et même épiphora ; c'est ce qu'ont cherché à l'insu l'un de l'autre, Polyak et West, et tous deux sont arrivés à proposer et à pratiquer la résection de la fossette lacrymale et de la paroi interne du sac par la voie endonasale. West a ainsi opéré 130 cas dans le service du Professeur Silex, ophtalmologiste de Berlin, et il note plus de 90 p. 100 de guérisons. Max Halles, avec une technique légèrement un peu différente, obtient des résultats excellents. Nous-même, dans 6 cas, avons pratiqué cette méthode. Nous avons eu 6 guérisons. Nous devons déclarer qu'elle nous a satisfait en tous points, et nous pouvons dire que nous sommes arrivé au traitement par excellence des affections des voies lacrymales qui provoquent du larmolement.

Avant de décrire l'opération telle que la pratique West ou Polyak et telle que nous l'avons pratiquée, nous devons insister sur quelques détails anatomiques qui nous serviront dans la conduite de l'intervention. C'est surtout les relations du sac lacrymal sur lesquelles nous devons insister. Quand on regarde de face la cavité orbitaire (fig. 1), on aperçoit tout à fait en avant et en dedans, en arrière du bord inférieur de cette cavité, une dépression osseuse, la fossette lacrymale formée par une partie de la branche montante du maxillaire supérieur et de l'unguis. C'est dans cette gouttière que repose

(1) WEST. — *Arch. für laryng.* 1913 heft, 3 p. 504.

le sac lacrymal. Il faut connaître encore avec quelles parties de l'intérieur du nez le sac est en rapport. Cette étude a été faite par Aubaret, Dieulafé (1). La face interne du sac correspond au groupe des cellules ethmoïdales antérieures qui vont s'ouvrir dans la gouttière de l'unciforme. Quand ces cellules sont très développées, non seulement la face interne mais encore les deux faces antérieure et postérieure du sac

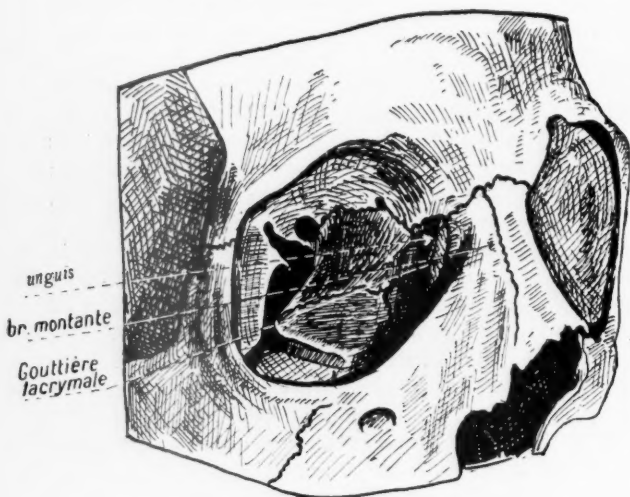


Fig. 4.

peuvent entrer en rapport avec ces cellules (Stanculescu). Plus profondément cette face interne répond par ses 2/3 inférieurs à la région antéro-supérieure du méat moyen (fig. 2). Le sac se trouve visiblement plus haut que l'insertion du cornet moyen dans un certain nombre de cas. Très souvent la partie de la branche montante du maxillaire supérieur, constituant une portion de la fossette lacrymale, fait saillie dans l'intérieur du nez, saillie recouverte de muqueuse visible

(1) DIEULAFÉ. — Bull. Méd. 1905, p. 479.

par la rhinoscopie, et c'est un excellent point de repère anatomique pour l'ouverture intranasale de la fossette lacrymale, et même si elle n'existe pas « on peut avec certitude, dit West, ouvrir la fosse lacrymale et mettre le sac à nu ».

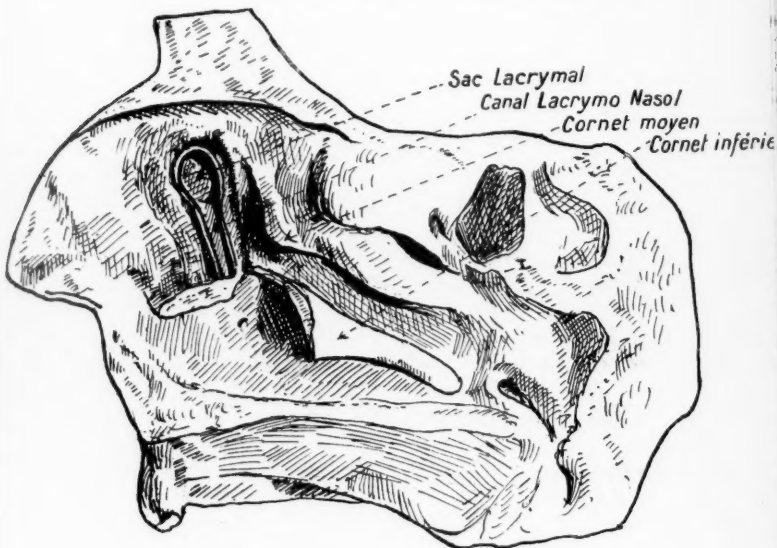


Fig. 2. — Montrant le sac lacrymal et le canal lacrymo-nasal ouverts et leurs rapports avec les cornets moyen et inférieur. (D'après Ritter.)

TECHNIQUE OPÉRATOIRE. — D'abord anesthésie locale telle que nous la pratiquons pour les autres interventions endonasales. Après application de liquide de Bonain sur toute la paroi externe de la cavité nasale, nous faisons en avant de la tête du cornet moyen une injection sous-muqueuse de novocaïne adrénaline au niveau de l'ouverture pyriforme. L'injection est poussée au moment où la pointe de l'aiguille vient heurter la face interne de la branche montante. L'anesthésie obtenue, on fait au-dessus de l'insertion de la tête du cornet moyen,

une incision de la muqueuse à fond jusqu'à l'os suivant la ligne ABE (fig. 3) que l'on recourbe en avant, parallèlement au bord de l'incisure pyriforme suivant EF. Ensuite nous faisons deux incisions parallèles: l'une ADrasant le cornet moyen,

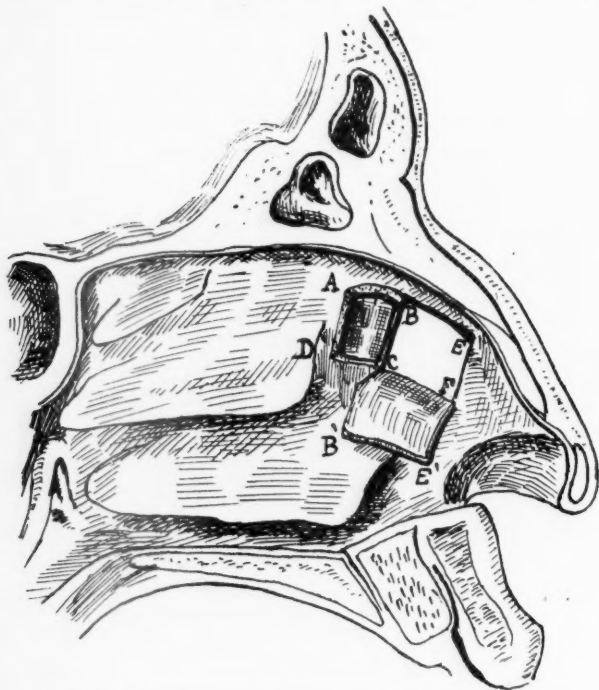


Fig. 3. — Le sac lacrymal est à découvert mais non incisé et le lambeau muqueux rabattu.

l'autre BC à 7 ou 8 millimètres de la précédente. Pour ces 2 incisions, nous nous servons d'un bistouri à tranchant latéral. Toute ces incisions une fois pratiquées, nous renversons avec une rugine le lambeau CFB'E' sur la tête du cornet inférieur. Ce lambeau, constituant la fibro-muqueuse, est épais, et met à nu, une fois renversé, la face interne blanche de la

branche montante du maxillaire supérieur. Pourquoi pratiquer ce lambeau ? Parce que la fibro-muqueuse ayant une certaine épaisseur, en la réduisant nous avons un jour meilleur sur la région du sac. Le lambeau reposant sur le cornet inférieur, nous effectuons la dernière incision DC et nous sacrifions la muqueuse ABCD, après l'avoir décollée. Le 2^e temps consiste en une abrasion osseuse. Avec une gouge ordinaire ou légèrement recourbée, on fait sauter la partie osseuse du rectangle ABCD qui correspond à la gouttière lacrymale, c'est-à-dire à une partie de l'unguis et de la branche montante du maxillaire supérieur et aux quelques cellules ethmoïdales qui y sont accolées. Le sac est dès lors à nu par sa paroi interne, on peut le faire saillir dans le nez en pressant avec un doigt au niveau de l'angle interne.

Le 3^e temps comprend l'incision du sac et l'ablation de la partie de ce sac qui reposait sur la gouttière lacrymale. Voici de quelle manière nous effectuons ce dernier temps de l'opération. Les malades sur qui on pratique ce genre d'intervention ont été déjà cathétérisés par l'oculiste et pour pratiquer ce cathétérisme on a incisé le canalicule lacrymal inférieur. Par ce canalicule on introduit une sonde de Bowmann qui pénètre jusqu'au sac et quand on a la sensation que la pointe est au contact de sa paroi interne on la relève comme si on voulait pratiquer le cathétérisme des voies lacrymales. On fait alors tenir cette sonde par un aide. Le sac ainsi chargé fait hernie dans le nez en avant et au-dessus du cornet moyen. Alors, au moyen d'un bistouri effilé, on l'incise sur la sonde. Dès l'incision pratiquée, on saisit une des lèvres avec une pince à griffes recourbées. Nous nous servons de celle de West et nous enlevons de la paroi du sac avec le bistouri et en tirant sur la pince le plus que nous pouvons. Dans le cas où le malade n'aurait pas subi de cathétérisme, il faut, avec un stylet pointu, dilater le canicule lacrymal inférieur et l'inciser avec le couteau de Weber. L'opération terminée, on relève le lambeau muqueux et on met une mèche de gaze sans trop comprimer.

De cette manière nous avons créé une fistule permanente entre le sac conjonctival et le nez et les larmes coulent par le

nez comme à l'état normal. Cette fistule se trouve au-dessus du canal lacrymo-nasal qui est le siège des sténoses. Le traitement ultérieur, après ablation de la gaze, consiste à faire des irrigations par le canalicule lacrymal incisé avec de l'eau stérilisée au moyen de la seringue d'Anel, qui est très commode, jusqu'à la guérison de la plaie opératoire.

L'opération que nous venons de décrire est l'opération type, mais il est des cas où elle n'est pas aussi simple. Parfois la tête du cornet moyen fait fortement saillie en avant et il faut l'enlever avant d'aborder la fossette lacrymale. La tête du cornet inférieur peut aussi, par son grand développement, masquer la région et il faut en faire l'ablation. Tout ceci n'augmente pas la difficulté. Parfois encore la cloison est fortement déviée vers le côté que l'on veut opérer et, avant d'intervenir sur le sac, il faut faire une résection sous-muqueuse de la cloison qui seule permet d'avoir du jour vers le cornet moyen. Les cas particulièrement difficiles sont les malades qui présentent un nez « en fourreau de sabre ». Les fosses nasales sont étroites et la région de la branche montante du maxillaire supérieur est plane et non légèrement excavée. Le premier malade que nous avons opéré dans le service de notre maître, le Professeur Frenkel, présentait un nez ainsi conformé en plus d'un squelette très dur. Nous avons échoué, et nous avons échoué aussi parce que nous manquions d'exercice.

Cette opération mérite de rentrer d'une façon définitive dans le cadre de notre spécialité parce qu'elle donne d'excellents résultats et qu'elle ne peut être bien exécutée que par les rhinologistes.

NOTES DE TECHNIQUE

NOUVELLE CANULE DILATATRICE

Par **Léon DUFOURMENTEL**

Interne des Hôpitaux de Paris.

Les sténoses laryngo-trachéales entraînant le port permanent et définitif d'une canule sont dues :

1° A des lésions anatomiques graves en évolution (tuberculose, cancer, etc.) ou à des troubles fonctionnels plus ou moins durables entraînant la fermeture de la glotte (paralysie des abducteurs) ;

2° A des déformations dues à d'anciennes lésions inflammatoires et destructives.

On peut ranger dans cette catégorie : les rétrécissements qui résultent de lésions syphilitiques sous-glottiques ou de chondrites de diverses natures, les rétrécissements d'origine traumatique et, parmi eux, ceux qui résultent des altérations de la paroi trachéale après l'opération du tubage ou de la trachéotomie, enfin les déformations qu'entraîne à la longue le port d'une canule de modèle ordinaire. Les malades rentrant dans la première catégorie sont le plus souvent voués au port d'une canule jusqu'à leur mort, la cause de leur sténose étant au-dessus des ressources de la thérapeutique, et cette sténose n'étant souvent qu'un épisode au cours de l'affection dont ils sont atteints.

Il n'en est pas de même quand la sténose reste seule, qu'elle n'est en quelque sorte que le reliquat d'une affection guérie ou la rançon du traitement de cette affection, comme dans les cas qui forment la deuxième catégorie. C'est précisément dans ces cas qu'on a essayé : 1° De guérir le rétrécissement par des procédés de dilatation variés, directe, rétrograde ou opératoire ; 2° Tout au moins d'améliorer le sort des

porteurs de canule en leur appliquant des modèles spéciaux dits canules parlantes.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre Maître Pierre Sebileau, à l'hôpital Lariboisière, un certain nombre de malades atteints de rétrécissements rentrant dans la deuxième catégorie et nous avons ainsi été amené à faire construire une canule qui d'une part peut parer à certains inconvénients de la canule ordinaire et d'autre part réalise une canule dilatatrice, tout en étant un modèle rationnel de canule parlante.



Sa caractéristique est que, revêtant à l'état normal une forme très voisine de celle de la canule ordinaire, elle prend, une fois introduite et par la simple manœuvre d'une vis, la forme d'un T dont la branche supérieure forme un long tube rectiligne à l'intérieur de la trachée.

Elle est formée de 3 pièces, une canule proprement dite, une pièce intérieure mobile dite cheminée, et une vis de traction qui joint les 2 autres.

La canule proprement dite, bâtie sur le modèle ordinaire, en diffère par 3 points :

1° La partie descendante en est rectiligne et terminée par une extrémité infundibuliforme ;

2° Le dos en est perforé d'un large orifice comme les canules parlantes ;

3° La partie horizontale comporte une gouttière pour le passage de la vis de traction et un double crochet destiné à maintenir en place le bouton de manœuvre de cette vis.

La cheminée est un simple tube rectiligne se logeant dans la partie descendante de la canule. Ce tube peut revêtir des formes variées, parfaitement cylindrique ou conique ou infundibuliforme. Il est percé à son extrémité inférieure d'un petit orifice où s'accroche la vis de traction et il est creusé en avant d'une gouttière où celle-ci se loge. Il peut ou non être percé de trous pour le passage de l'air.

La vis de traction s'appuie d'une part sur l'orifice inférieur de la cheminée, d'autre part par l'intermédiaire de son bouton sur le double crochet de la canule.

On comprend qu'il suffise de tourner le bouton pour opérer, par l'intermédiaire de la vis, une traction sur la partie inférieure de la cheminée et pour faire exécuter à celle-ci une ascension plus ou moins haute à travers l'orifice percé au dos de la canule.

Telle est notre canule. Nous allons examiner :

1° Quels inconvénients inhérents à la canule ordinaire sont supprimés par son emploi ;

2° Quelles applications elle trouve en dehors de celles que lui donnent ses avantages sur la canule ordinaire.

La canule ordinaire a deux sortes d'inconvénients :

1° Elle altère la trachée ;

2° Elle ne permet pas l'exercice de la parole.

Les déformations que l'on observe au niveau de la trachée chez les porteurs de canule existent en 2 points : au-dessus de la canule où ils sont très fréquents ; au-dessous d'elle où ils sont exceptionnels.

Au-dessus de la canule, les parois trachéales se déforment de façon à épouser plus ou moins complètement la forme de sa voûte. Pour cela la paroi postérieure se bombe et se porte ainsi à la rencontre de la paroi antérieure. Les parois latérales subissent la même inflexion. La paroi antérieure se déforme

d'une façon particulière. Au-dessus de la canule elle est en effet brusquement interrompue et forme un éperon plus ou moins accentué. C'est cet éperon qui peu à peu s'hypertrophie et, suivant la pente du dôme canulaire, s'avance à la rencontre de la paroi postérieure. Il s'ensuit que, non seulement l'orifice sus-canulaire est rétréci, mais que l'axe de la trachée est dévié. Cette disposition est bien étudiée par Galatti (1) et par Sargnon et Barlattier (2). De plus à ce niveau, la canule irrite chroniquement la lèvre de la plaie trachéale qui bourgeonne. Des végétations polypoïdes arrivent ainsi à encombrer la plaie trachéale et à fermer la lumière du larynx.

Au niveau de l'extrémité inférieure de la canule, l'irritation produite par le contact permanent d'un bord plus ou moins tranchant produit parfois des ulcérations qui peuvent entraîner à leur suite des rétrécissements cicatriciels (O'Dwyer, Escherich.)

On a d'ailleurs déjà construit pour parer à ces ulcérations des canules dont l'extrémité inférieure est infundibuliforme (3).

En second lieu, avons-nous dit, la canule ordinaire ne permet pas l'exercice facile de la parole. Parfois même elle entraîne une gêne si marquée que l'usage de la parole est presque complètement supprimé. C'est souvent le principal inconvénient sur lequel les malades attirent l'attention. Il n'est donc pas étonnant qu'on ait cherché à y remédier bien souvent. On a construit dans ce but différents modèles de canules parlantes.

La plupart du temps elles consistent simplement en une canule ordinaire perforée au niveau de son dos d'un orifice plus ou moins large. A cet orifice s'ajoute quelquefois un claquet placé sur l'armature externe et qui a pour but de permettre l'entrée de l'air par la canule et de s'opposer à sa sortie. Le malade doit ainsi se servir de sa canule pour inspirer, et de son larynx pour expirer (Canule de Broca).

Mais ces canules ne sont pas exemptes des dangers inhérents

(1) GALATTI, *Das Intubations Geschwüre und seine Folge*. Vienne, 1902.

(2) SARGNON et BARLATTIER, *Les Rétrécissements du Larynx et de la Trachée consécutifs au Tubage et à la Trachéotomie*. 1908.

(3) Canule de GERSUNY, mentionnée par GALATTI, *loc. cit.*

aux canules ordinaires au point de vue des déformations possibles de la paroi trachéale. Il se produit donc au-dessus d'elles les mêmes inflexions et le même bourgeonnement. Il s'ensuit que l'orifice est plus ou moins vite comblé et la parole est de nouveau supprimée. De plus, si la canule est munie d'un clapet, le malade ne peut plus arriver à vider ses poumons et il reste à chaque expiration une quantité plus ou moins grande d'air résiduel qui occasionne une dyspnée croissante. Le poumon devient ainsi emphysémateux et le malade voit ainsi son infirmité se compliquer d'asthme.

Enfin les bourgeons développés au niveau de l'éperon s'introduisent dans l'orifice et lorsque le malade veut changer sa canule, il blesse ou même guillotine ces bourgeons, déterminant une vive douleur et une hémorragie intra-trachéale qui le fait violemment tousser. Les malades sont ainsi amenés à renoncer tôt ou tard à l'emploi de ces canules.

Il est facile de comprendre que notre canule pare à ces différents inconvénients.

D'une part, elle ne peut entraîner de déformations du tube trachéal puisque, une fois la cheminée montée, elle constitue un tube rectiligne dont les deux extrémités sont ou peuvent être infundibuliformes. D'autre part, et pour les mêmes raisons, elle constitue une canule parlante soustraite aux inconvénients des autres modèles.

De ces avantages qu'elle présente sur la canule ordinaire, il suit qu'elle peut non seulement être employée comme préventif contre les méfaits de celle-ci, mais encore comme moyen de traitement contre eux ou contre les lésions de même ordre relevant d'autres causes.

De même en effet qu'elle peut servir de canule dilatatrice contre les sténoses résultant des déformations d'origine canulaire, de même elle pourra être employée contre les rétrécissements primitifs de la trachée, ceux contre lesquels la trachéotomie est le premier acte du traitement.

On appliquera alors, tout d'abord, si la sténose est très serrée, une canule de petit calibre munie d'une cheminée conique. Puis successivement des canules à cheminées cylindriques

de calibre croissant. On réalise ainsi une dilatation rétrograde continue.

Il va de soi que cette méthode ne comporte pas les inconvénients ni surtout les difficultés des dilatations par les bougies, les tiges de laminaire, les tubes de Schroetter, etc. En effet, dans tous ces procédés, on est obligé de passer le dilatateur par la bouche et l'orifice supérieur du larynx, ce qui demande, de la part du malade, beaucoup de patience et de bonne volonté et qui, en tout cas, ne peut être qu'intermittent.

Les canules-tampons, composées d'un tube laryngé fixé à travers la plaie trachéale par un tampon creux ou plein, répondent à la même idée que notre canule à cheminée, mais sont d'un emploi plus compliqué et, passant entre les cordes vocales qu'elles irritent, ne peuvent être indéfiniment supportées.

On a enfin imaginé déjà différents modèles de canule remontant dans la partie supérieure de la trachée. On trouve ainsi dans le commerce une canule dite dilatatrice composée de 2 tubes curvilignes. L'inférieure constitue une canule ordinaire et est perforée sur la partie antérieure de sa convexité d'un orifice par lequel une deuxième canule, introduite en sens inverse, pénètre dans la sous-glote. Il est évident que la forme même de cette canule entraîne des déformations énormes de la trachée et lui interdit de s'opposer au bourgeonnement.

Quant à la canule-tampon de Bruggmann qui vient d'être présentée dans les *Archives Internationales de Laryngologie* (mai-juin 1913) et qui nous était inconnue au moment où nous avons présenté la nôtre à la Société de Chirurgie (12 mars 1913), elle constitue un instrument analogue. On peut cependant lui reprocher, semble-t-il, d'être d'une introduction plus difficile, la partie supérieure ne rentrant pas dans l'inférieure. De plus, la partie supérieure, n'étant pas une cheminée creuse mais un tampon plein, ne peut permettre l'usage de la respiration naso-buccale ni de la parole. Enfin le malade ne peut ni régler la hauteur de la partie ascendante, ni la supprimer à volonté comme dans notre modèle.

Nous avons eu l'occasion de l'appliquer déjà à un certain nombre de malades. Sur tous nous avons pu nous rendre compte qu'elle réalisait une canule parlante idéale, à condition, bien entendu, qu'il s'agisse de lésions sous-glottiques. Deux malades qu'aucun procédé n'avait permis jusqu'alors de décanuler et qui étaient rentrés dans le service pour subir une laryngostomie, ont pu être débarrassés de leur canule. Nous reproduisons plus loin l'observation de ces 2 malades.

S'il existe enfin des canulars sans sténose qui ne peuvent quitter leur canule parce qu'ils ont pris l'habitude de la suppression physiologique du larynx, et beaucoup d'auteurs en certifient l'existence (Fischer, Ranke, Sargnon et Barlattier), peut-être l'usage de cette canule pourra-t-il les réhabituer à la respiration normale et permettre ainsi la décanulation. Nous n'avons pas trouvé personnellement de ces cas.

OBSERVATION I. — T... Jeanne, 47 ans, ménagère, entre le 13 juin 1913 dans le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière, salle Riolan, lit n° 9, pour y subir l'opération de la laryngostomie. Elle porte en effet une canule depuis le 9 mars 1911, époque à laquelle elle fut trachéotomisée pour des lésions laryngées considérées comme tuberculeuses. Depuis ce temps, divers essais de décanulation ont été faits sans succès. On constate en effet que la trachée est complètement fermée au-dessus de la canule. La paroi postérieure s'est déformée de façon à s'appliquer sur le dôme canulaire. La paroi antérieure a bourgeonné de façon à rejoindre la postérieure. La lumière de la trachée est ainsi supprimée, de telle sorte que l'air n'y trouve plus aucun passage. La voix est naturellement complètement supprimée.

Après plusieurs essais, on arrive à faire passer un stylet à travers ce diaphragme sus-canulaire qui n'était par conséquent pas encore organisé en paroi résistante.

Le 1^{er} juillet 1913, on commence par détruire au galvano-cautère les bourgeons qui obstruent la lumière de la trachée et on peut ainsi placer immédiatement une canule dilatatrice n° 4. Le lendemain, on constate que la présence permanente de cette canule a créé un canal qui se maintient béant. La malade a recouvré immédiatement l'usage de la parole. Il est vrai que sa voix est voilée par suite des cicatrices qui ont déformé ses cordes vocales. La malade n'a pas été incommodée par la présence de

la nouvelle canule, elle s'est seulement plainte de quelques douleurs dans l'oreille correspondante.

Le 4 juillet, on applique un n° 5.

Le 9 juillet, on applique un n° 6 qui occasionne de nouveau quelques douleurs auriculaires cependant moins vives.

Le 13 juillet, application d'un n° 7.

Le 16 juillet, application d'un n° 8 qui donne aussi quelques douleurs très légères et seulement pendant les premières heures.

Le 23 juillet, ablation définitive de toute canule. On peut en effet se rendre compte que la trachée, largement dilatée, a repris sa forme rectiligne. La malade n'est nullement gênée pour respirer. La voix reste très voilée, mais permet néanmoins à la malade de reprendre son travail.

Actuellement la guérison s'est maintenue parfaite.

OBSERVATION II. — M... Marthe, 33 ans est trachéotomisée le 4 septembre 1913. L'opération est faite d'urgence, la malade étant dans le coma asphyxique. L'examen laryngoscopique fait ultérieurement permet de constater l'intégrité parfaite du larynx. La lésion sténosante siège au-dessous de la glotte où l'on découvre une masse irrégulière, rouge par endroits, en partie recouverte de membranes et de muco-pus difficiles à enlever. La coexistence de lésions perforantes du voile permet de faire le diagnostic de lésion tertiaire de la trachée.

On soumet la malade à un traitement énergique par le salvarsan puis par le cyanure de mercure. La lésion régresse en ce sens que les membranes et le muco-pus disparaissent et laissent voir une surface de couleur rosée. La lumière de la trachée ne réapparaît cependant pas et un rétrécissement se constitue qui ne laisse le passage possible que pour un cathéter de 2 à 4 millimètres. De plus des bourgeons apparaissent assez rapidement au-dessus de la canule et bientôt on ne peut voir celle-ci à l'examen laryngoscopique.

On tente de détruire ces bourgeons et de rélargir la trachée au moyen du galvano-cautère, le 5 novembre et les jours suivants. La décanulation est cependant impossible.

Le 28 novembre et les jours suivants, on pratique la dilatation au moyen de bougies de caoutchouc et de tubes de Schrøtter. L'application en est très pénible et ne peut être que de courte durée à chaque séance. Après plusieurs essais, on tente de compléter par l'application d'une laminaire qui reste en place une demi-journée. On réitère le lendemain avec une tige de plus gros volume. On essaye enfin la décanulation, mais on doit replacer la canule le soir même.

De nouveau on fait plusieurs essais par les tubes de Schrøtter et les laminaires, et la malade, fatiguée, finit par quitter l'hôpital (décembre 1913).

En février elle revient pour subir la laryngostomie. C'est alors que, dans le but d'essayer sur elle une dilatation continue par voie rétrograde, nous faisons construire sur nos dessins la canule à cheminée rectiligne. Après plusieurs tâtonnements, nous arrivons au modèle actuel, et dès lors la malade, pouvant parler librement, ne veut plus porter la canule ordinaire. Du 20 février au 10 mars 1913, elle porte une canule n° 6, et le 13 mars nous pouvons la présenter à la Société de Chirurgie avec une trachée qui restait dilatée. La malade repart chez elle sans canule.

Cependant, quelques jours après, elle avait un certain degré de tirage. Nous commandons une canule n° 7 et nous la faisons porter à la malade 3 semaines. De nouveau elle est décanulée et reste quelque temps sans dyspnée. De nouveau cependant un peu de tirage réapparaît et l'examen laryngoscopique montre que l'orifice sus-canulaire de la trachée s'est un peu resserré. On commande alors un n° 8 qui est laissé en place pendant un mois et demi et on peut enfin décanuler la malade dont la trachée semble présenter un diamètre suffisant et ne plus se rétrécir. Elle est actuellement sans canule et respire normalement depuis 2 semaines.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 10 mai 1912 (1).

Président : KILLIAN.

Secrétaire : ROSENBERG.

MAX LEVY. — **Spéculum nasal autostatique.** — Instrument construit par Ofare écartant les deux narines à la fois, très commode pour la résection du septum et restant absolument fixe pendant les opérations.

KILLIAN. — **Spéculum autostatique à trois branches.** — Ce spéculum écarte les deux narines à la fois, tient absolument fixe pendant les opérations, est surtout pratique pour les opérations sur le septum.

HÖLSCHER. — **Spéculum autostatique à longues branches.** — Modification du spéculum de Killian par Windler pour la résection du septum.

KILLIAN. — **Crochet autostatique pour l'opération du sinus.**

HÖLSCHER. — **Plastique après extirpation totale du larynx et du pharynx.** — La plastique a été faite d'après le procédé de Glück, 6 mois après l'extirpation d'un cancer du larynx et du pharynx.

HEYMANN. — **Sténose syphilitique du pharynx et du larynx.** — Il s'agit d'une malade présentée pour la première fois en 1893, elle porte depuis 20 ans une canule trachéale et refuse tout autre traitement.

ALBRECHT. — **L'air chaud en laryngologie.** — L'air chaud provoque une hypérésie artérielle. L'action est l'opposé de ce qu'on obtient par la stase. Pour l'application commode, Windler a construit un appareil. L'air chaud est employé dans la laryngite aiguë

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Berliner Klinische Wochenschr.* 1912, n° 27-42.

et surtout dans la laryngite subaiguë qui résiste très longtemps au traitement par les badigeonnages. Moins actif est l'air chaud contre la laryngite chronique. Des essais dans le traitement des sténoses et cicatrices laryngées sont très encourageants; de même dans le traitement de l'œdème du larynx. Un cas d'œdème était préparé pour la trachéotomie et a guéri sans trachéotomie par le chauffage.

RITTER. — Considérations sur un cas de guérison du cancer. —

Un malade est présenté chez lequel un cancer histologiquement reconnu comme tel a guéri sous l'action des piqûres d'antiméristem. L'antiméristem a été découvert par Schmidt de Cologne. Ritter rappelle ce qui a été publié sur le méristem. Jusqu'à présent on connaît 8 à 9 cas de cancer guéris depuis un an après l'emploi du méristem; plus grand est le nombre des cas dans lesquels on a obtenu un arrêt dans l'évolution. Le cas présenté par Ritter était presque désespéré et inopérable au moment où le médecin a commencé les piqûres d'antiméristem.

Séance du 16 juin 1912.

Président : KILIAN.

Secrétaire : ROSENBERG.

RITTER. — Sur la dilatation de l'ostium du sinus frontal. — Le traitement conservateur de la sinusite frontale suppose la possibilité de passer le conduit naso-frontal. Ce passage est rarement possible sans opération préalable. Le procédé de Halle, une modification de celui de Ingalls, a été proposé pour permettre l'accès au sinus. Si par le protecteur de Halle le danger d'entrer avec la fraise par la paroi postérieure du sinus frontal est écarté, il existe des crânes chez lesquels ce procédé ne garantit pas contre une perforation de la lame criblée. Ce procédé ne remplit donc pas les conditions de sécurité nécessaires. Ritter propose d'entrer dans le sinus frontal en employant un peu de force pour rompre ce qui met obstacle à ce passage. A cet effet, il emploie des bougies ayant la courbure nécessaire pour sonder le sinus frontal, et dont la plus forte a un demi-centimètre de diamètre. Il a fait construire 6 bougies avec des pointes coniques, de diamètres variés, qui lui permettent de faire la dilatation de l'ostium frontal. Pour

entrer dans le sinus frontal, il faut chercher le chemin au-devant de l'apophyse unciforme et diriger la sonde en avant, en haut et en dehors. On commence avec la sonde n° 2 en la poussant dans la bonne direction. On s'éloigne, en suivant cette direction de la lame criblée puisqu'on se dirige en dehors, et on suit un chemin parallèle à la paroi postérieure du sinus grâce à la courbe de la bougie. La sonde appuie sur l'épine nasale antérieure. Une fois qu'on a passé les sondes, il faut enlever avec des curettes les débris d'os cassé. Ritter se sert de curettes en forme de fer à cheval. Des expériences sur les cadavres lui ont permis de constater que, même en employant de la force dans des cas où le sinus est tout petit, on ne peut occasionner aucun accident. Néanmoins il faut toujours se renseigner par un röntgenogramme sur les dimensions du sinus chez le malade. Quant aux résultats obtenus par ce procédé, il faut rappeler que ce procédé est destiné seulement à garantir le libre écoulement du pus. La guérison définitive dépend de l'état de la muqueuse.

Discussion.

KUTTNER. -- A part les instruments, le procédé de Ritter revient à peu près à ce que nous avons l'habitude de faire. Il déconseille de procéder brusquement et avec force pour éviter des fissures dans l'os. Il ne s'agit pas d'une véritable dilatation, mais bien de la création d'un nouveau chemin.

ALEXANDER rappelle les efforts faits par l'école de Froënkcl pour maintenir le traitement conservateur de la sinusite frontale dans la thérapie rhinologique. Alexander a essayé un procédé qui constitue une véritable dilatation de l'ostium; néanmoins il est obligé d'admettre qu'il est bien plus difficile que l'on ne le dit de sonder le sinus frontal. En suivant le procédé de Ritter, le danger d'entrer dans le cerveau ou dans la lame criblée n'existe pas, mais le danger d'entrer dans l'orbite est grand.

HALLE rappelle qu'il a, dans plusieurs communications, essayé de prouver qu'on pouvait ouvrir le sinus frontal assez largement par voie nasale pour que l'injection et le traitement de la sinusite soient possibles. Ritter ne va pas aussi loin que lui et il est probable que c'est suffisant pour un grand nombre de sinusites frontales. On doute de la possibilité de sonder le sinus frontal. Ce sondage est possible soit après luxation ou amputation de la partie antérieure du cornet moyen; parfois on sera obligé d'enlever l'apophyse montante du maxillaire. Halle est convaincu que les cas qu'il

faut opérer par voie externe sont exceptionnels. Ritter trouve qu'Alexander exagère le danger de perforer l'orbite. Il est possible que l'une ou l'autre fois le lavage exécuté immédiatement après la dilatation du conduit occasionne un œdème de la paupière. Cet accident est arrivé une fois à Ritter. Pour l'éviter, il faut s'abstenir du lavage et faire, au début, de l'aspiration seulement. Quant au procédé de Halle, il diffère du sien totalement. Le procédé de Halle tend surtout à faire une large brèche à la place de l'ostium frontal. Ceci est absolument inutile car la possibilité de la guérison d'une sinusite frontale ne dépend pas uniquement de la largeur de la brèche opératoire.

SOCIÉTÉ BERLINOISE D'OTOLOGIE

Séance du 26 avril 1912 (4).

Président : PASSOW.

Secrétaire : BEYER.

PASSOW. — **Correction d'une difformité nasale.** — Garçon de 11 ans a fait à l'âge de 4 ans une chute sur le nez. Depuis, le nez est obstrué. Il existe une difformité externe très prononcée. Pour remédier à l'obstruction nasale, il a fallu faire sous chloroforme une résection sous-muqueuse. Pour corriger l'ensellement, une partie prise dans le tibia a été implantée sous le dos du nez. Le malade est présenté 5 jours après l'opération.

Discussion.

SONNTAG a corrigé une difformité nasale dans laquelle il s'agissait de soulever le lobule du nez. Il a implanté une partie du cartilage costal dans la sous-cloison et une autre partie sous le dos du nez. Malheureusement le bon résultat du début ne s'est pas maintenu. Dans un autre cas de nez écrasé, il a employé le procédé de Joseph, consistant en deux traits de scie de chaque côté à travers l'os et redressement par une pelote portée 4 à 5 semaines. Bon résultat.

HALLE rappelle que l'opération exécutée par Passow a été faite longtemps avant lui par Joseph.

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après *Berliner Klinische Wochensh.*, 1912, n° 28-41.

LEHMANN. — **1° Cholestéatome de l'os pétreux droit.** — Le cholestéatome a remplacé toute la pyramide à partir du trou déchiré antérieur jusqu'à la dure-mère en arrière. Le malade, âgé de 25 ans, est atteint de paralysie faciale depuis 10 ans. La surdité et l'otorrhée ne datent que depuis 2 ans.

2° Carcinome de la paroi latérale de la fosse nasale à droite. — Malade présente une grosse tumeur de la fosse nasale droite qui est opérée à l'anse. *Diagnostic* : carcinome médullaire. Opération radicale. Le point de départ du cancer est le cornet moyen.

3° Ablation du pavillon pour épithélioma. — Femme de 50 ans, porte une ulcération du pavillon depuis 17 ans. Légère amélioration par la radiothérapie. Ensuite développement foudroyant. Pavillon presque en totalité détruit. On enlève tout le pavillon et le conduit, une partie de la parotide. 6 semaines après l'opération la plaie est épidermée sans transplantation, la malade présente une paralysie faciale.

WAGENER. — **Atrésie choanale.** — Fillette de 5 ans atteinte d'atrésie choanale complète à droite. Anesthésie générale et locale. Résection typique du septum avec suppression du vomer jusqu'au bord postérieur. Ensuite on soulève la muqueuse de la paroi antérieure de la choane droite. On enlève ensuite ce qui reste du vomer et le bord osseux de l'atrésie. Section de la muqueuse et tamponnement de la choane pour écarter les bords sectionnés. Guérison complète sans le moindre traitement post-opératoire.

BEYER. — **Thrombose de la veine condylienne antérieure et postérieure. Pachyméningite nécrotique consécutive à la thrombose du golfe.** — La thrombose des veines condyliennes est rare. Le pronostic de la thrombose postérieure est meilleur que celui de la thrombose de la veine condylienne antérieure.

CLAUS. — **Affection de l'apophyse alvéolaire.** — Tous les malades dont il sera question lui ont été envoyés avec le diagnostic de sinusite maxillaire probable. Aucun des cas n'a présenté de sinusite, mais, grâce aux rayons X, Claus a pu démontrer qu'il s'agissait d'affection de l'apophyse alvéolaire. Le premier cas concerne une malade chez laquelle le dentiste n'a rien pu trouver de pathologique. La malade, très nerveuse, souffrait d'une violente névralgie. Une ponction du sinus a démontré l'intégrité de celui-ci. Une ombre suspecte sur le radiogramme a incité Claus à faire faire l'extraction d'une prémolaire. En effet la racine était cariée

et toute la région alvéolaire autour d'elle. Le deuxième cas est celui d'un homme souffrant par intervalles de névralgies dans la joue droite. Le dentiste déclare les dents saines, le radiogramme des sinus ne présente rien d'anormal, un film des dents montre au-dessus d'un bridge une racine dans une cavité. L'opération prouve l'exactitude du diagnostic. Les névralgies ont diminué. Le troisième cas, à peu près analogue au premier. Enfin dans le quatrième cas, le malade est envoyé par un dentiste à Claus avec le diagnostic de sinusite probable, dents normales. Le film montre une ombre autour de la racine d'une incisive. On ouvre l'abcès. Guérison. Claus a l'habitude, dans un cas douteux, de faire à côté d'un radiogramme des sinus un film des dents. Il n'a pas toujours procédé de cette façon, ce qui lui a fait faire un faux diagnostic dans le cas suivant. Il s'agissait d'une dame âgée n'ayant plus de dents dans le maxillaire supérieur mais portant une prothèse. La transillumination montre le sinus maxillaire opaque, tandis que aux rayons X, tous les tissus paraissaient normaux. Les douleurs névralgiques étant très vives, Claus ouvre le sinus par la fosse canine. La muqueuse sinusale était normale. En détruisant la paroi antérieure jusqu'au rebord alvéolaire, Claus tombe sur une partie cariée. La *névralgie* prenait son origine probablement dans une ostéite.

Séance du 28 juin 1912.

Président : PASSOW.

Secrétaire : BEYER.

BLUMENTHAL. — Fermeture de la plaie après radicale sans plastique. — La paroi membraneuse est très dilatable. Après ouverture de la mastoïde et résection de la paroi postérieure du conduit, cette paroi peut être appliquée sur la brèche opératoire sans aucune plastique, par simple dilatation. Blumenthal a fait usage de cette facilité de dilatation dans 10 cas de radicale. Il ne faut pas faire une brèche trop large. On ferme la plaie rétro-auriculaire en drainant par en bas. Les pansements se font comme à l'ordinaire par le conduit. Ce procédé facilite beaucoup la radicale, mais ne doit être employé que chez les malades ayant un conduit très large.

Discussion.

Passow propose de remettre la discussion à une séance ultérieure. Personnellement il voudrait ajouter seulement que Blumen-

thal conseille un mode opératoire qui était beaucoup en vogue vers 1890 et qui a été heureusement délaissé.

KALISCHER. — **Sur les résultats de l'examen fonctionnel de l'ouïe après dressage, spécialement au point de vue de la théorie de Helmholtz sur la résonance.** — Depuis six ans, Kalischer dresse les chiens à happer un morceau de viande quand ils entendent un son déterminé. Pour tous les autres sons, ils ne doivent pas bouger. Comme pour les sons, on peut dresser les chiens aussi pour certains bruits et paroles. Kalischer a pu se rendre compte que les chiens possèdent un pouvoir auditif d'une grande finesse. Les chiens réagissaient uniquement après excitation acoustique car même les chiens aveuglés exécutaient bien l'expérience. Ces expériences ont permis à Kalischer de se rendre compte que le centre auditif dépassait certainement l'étendue des deux lobes temporaux. Après extirpation très étendue du centre auditif au delà du lobe temporal, on pouvait nettement constater des troubles acoustiques. Les chiens entendaient, mais ne comprenaient pas. Kalischer conclut à l'existence de centres sous-corticaux. Quant au labyrinthe, des expériences variées ont montré à Kalischer qu'un trouble de l'audition pouvait être constaté seulement sur les chiens chez lesquels le limaçon a été détruit en même temps que l'appareil vestibulaire. La destruction des deux labyrinthes empêche entièrement les effets du dressage. L'appareil vestibulaire seul permet un dressage acoustique. Kalischer en conclut que la théorie de Helmholtz ne peut pas être exacte. Il dénie aux différentes fibres du limaçon le pouvoir de sélection sur les sons. Chaque fibre acoustique est capable de conduire tous les sons au cerveau. La véritable analyse du son se fait seulement dans le cerveau. L'appareil vestibulaire possède un pouvoir auditif, son rôle, surtout chez l'homme, est pour le moment inconnu.

Discussion.

GUTZMANN ne doute pas de l'habileté et de la sincérité avec lesquelles Kalischer a exécuté ses expériences. Néanmoins il croit pouvoir expliquer les résultats du dressage autrement que Kalischer. Il rappelle le mécanisme psychologique qui est la base de tout dressage. Dresser veut dire exercer un certain mécanisme. Le fait que le chien se montresourd à l'examen fonctionnel ordinaire prouve que l'effet du dressage est chez lui de nature autre qu'acoustique.

SCHEFER. — La psychologie chez les animaux n'est pas aussi simple qu'on le croit. Il rappelle la difficulté qu'ont eue Stumpf et d'autres à prouver que le fameux cheval savant trichait.

ROTHMANN rappelle ses expériences de contrôle tendant à prouver que les expériences de Kalischer sur le centre cortical sont entachées d'erreurs. Il doute également du bien-fondé de la critique de Kalischer concernant la théorie de Helmholtz. Les expériences de Kalischer prouvent néanmoins un fait certain, que les chiens ont un pouvoir auditif distinctif très fin.

BRUNL n'est pas convaincu par les expériences de Kalischer parce qu'il n'a pas apporté la preuve que la sensation tactile n'influence pas davantage les chiens. De même le reste de l'expérience supporte la critique.

KALISCHER ne peut pas répondre à toutes les critiques. Il se contente de rappeler ceci : Si on voit qu'un chien, chez lequel les deux labyrinthes ont été complètement détruits, ne présente plus trace de dressage et si, à côté de ce chien, en existe un autre chez lequel on a conservé une partie du labyrinthe et que ce chien présente nettement les effets du dressage, les doutes sur les expériences lui paraissent inadmissibles. On peut concéder à Gutzmann qu'il peut ne pas s'agir d'audition chez les chiens en expériences, mais ceci ne prouve pas que l'appareil vestibulaire ne soit pas influencé. La théorie de Helmholtz lui paraît fortement atteinte.

SOCIÉTÉ DANOISE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Séance du 2 octobre 1912 (4).

Président : PÖRGENMÖLLER.

Secrétaire : L. MAHLER.

SCHMIEGELOW. — *a) Document humain contribuant à l'histoire de la trépanation de la mastoïde.* — Schmiegelow présente le crâne de J. J. Just de Berger qui, mort de septico-pyémie en 1791, avait été trépané 13 jours auparavant par Kolpin.

b) Tuberculose isolée du cartilage cricoïde. — Homme de 44 ans se plaint de dyspnée et de toux. Tuméfaction dans la partie supérieure de la trachée. Moitié gauche du larynx immobile. Trachéotomie suivie bientôt de thyrotomie. On ouvre la tuméfac-

(1) Compte rendu par Lautmann, d'après le *Bulletin officiel* édité par Jöngers Müller.

tion et on vide une grande quantité d'un pus caséux. La plus grande partie du cartilage cricoïde est nécrosée.

c) **Trois cas d'extirpation totale du larynx pour cancer du larynx.** — 1^o Homme de 31 ans atteint de grosse infiltration de la moitié droite du larynx avec perforation dans le lobe thyroïde droit, mort 24 heures après l'opération. Dans les deux poumons, vieux foyers de tuberculose; 2^o Homme de 59 ans avec tumeur ulcérée de la moitié droite du larynx sans tuméfaction ganglionnaire. Bon état général sept semaines après l'opération; 3^o Homme de 37 ans atteint de raucité de la voix depuis 3 mois. Le néoplasme occupe la moitié droite du larynx et a perforé le cartilage thyroïde. Bon état général cinq semaines après l'opération.

d) **Cas mortel de corps étranger du poumon.** — Jeune fille de 19 ans a probablement aspiré une épingle. Radiographie et trachéoscopie négatives. Deux jours plus tard, infiltration du poumon à gauche. Nouvelle bronchoscopie sans résultat, mais le röntgenogramme montre la présence d'un corps étranger. Après bronchoscopie on peut atteindre la tête de l'épingle (une rosette) à 5 centimètres de la bifurcation. On ne voit pas l'épingle. Le lendemain, hémoptysie et mort.

MAHLER. — a) **Correction d'un dos de nez (cyphose) d'après Jacques Joseph.**

b) **Fibromes de la gencive.** — Ces tumeurs se trouvent chez trois enfants d'une même famille.

c) **Le traitement endo-bronchique de la bronchite et de l'asthme.** — Mahler a essayé le traitement par l'application de novocaïne adrénaline dans trois cas de bronchite et sept cas d'asthme. Un cas de bronchite a été guéri, un amélioré, un sans résultat, cinq cas d'asthme guéris, dix améliorés, douze sont restés sans changement.

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

Séance du 11 mars 1912.

Président : M. GROSSARD.

GEORGES LAURENS. — **Cure radicale de la sinusite maxillaire par trépanation du sinus, au moyen de l'anesthésie régionale (procédé de Munch).** — L'auteur rapporte deux cas personnel

récents où la cure radicale de la sinusite maxillaire a pu être faite au moyen de l'anesthésie que le Dr Munch a bien voulu faire par son procédé. Cette méthode, qui consiste dans l'injection péri-tronculaire du nerf maxillaire supérieur, d'une solution de cocaïne, au niveau du trou du grand rond, assure une anesthésie absolue et parfaite pendant tout le temps de l'opération: l'incision de la muqueuse jugale, la rugination de la fosse canine, la trépanation de l'os, le curettage complet du sinus et le drainage à travers la paroi externe de la fosse nasale se font sans la moindre douleur, avec une perte minime de sang et facilitent singulièrement l'intervention. La méthode de Munch ne saurait donc trop être vulgarisée pour tous les avantages qu'elle présente.

CLOSIER. — **Un cas de tumeur du nerf accoustique.** — Il s'agit d'une malade âgée de 59 ans, dont l'ouïe a diminué progressivement à gauche depuis deux ans et demi et qui est complètement sourde de ce côté depuis un an. Les épreuves auditives et caloriques de Barany montrent la paralysie totale de l'appareil cochléo-vestibulaire gauche. L'examen du système nerveux pratiqué par M. André Thomas fait constater:

- 1° Un hémisyndrome des nerfs craniens gauches (VIII^e, VII^e, V^e, VI^e paires, IX^e et XII^e, paires);
- 2° Un hémisyndrome cérébelleux gauche;
- 3° Une ébauche d'irritation pyramidale plus marquée à droite;
- 4° Un syndrome d'hypertension au début.

Les trois premiers groupes permettent de localiser la lésion dans le carrefour ponto-cérébelleux. L'hypertension indique qu'il s'agit d'une tumeur. La précocité de la surdité précédant l'apparition de tous les autres symptômes d'une année, l'évolution démontrant que le néoplasme s'est développé régulièrement de dehors en dedans, sont de fortes présomptions en faveur du diagnostic de tumeur du nerf acoustique.

Ce même cas est relaté d'autre part dans la « Clinique » par M. André Thomas.

PAUL VIOLET. — **De l'influence de la présence de l'albumine sur la surdité. Trois observations personnelles.** — Dans ces trois cas, l'audition ne fut que peu améliorée par des cathétérismes ou douches de Politzer répétés. Par principe, dans ce cas, je fais faire un examen d'urine. Dans les trois cas, le régime a rendu l'audition presque entière dans deux, et entière dans le troisième. Le sucre agit de même sur l'ouïe. On peut rapprocher ces cas de ce qu'on

observe du côté de l'œil, produisant des amauroses urémiques des femmes en couche (éclamptiques). Dans ces cas, il n'y a pas de lésion. Seule, l'action de l'albumine est en cause.

GUISEZ. — Un cas de labyrinthite, à forme grave, après injection de salvarsan. — L'auteur rapporte le cas d'un malade qui, à la période primaire, reçut deux injections de 20 et 30 centigrammes de salvarsan. Quatre semaines après, survinrent de la surdité, des bourdonnements, des vertiges et un état de malaise spécial qui rendait la situation tout à fait critique. Dans les surdités spécifiques de la période primaire, on n'observe jamais des accidents de pareille intensité, aussi doit-on les attribuer au salvarsan, injecté un mois auparavant.

Les phénomènes se sont amendés, progressivement, par la cessation de la médication, et par l'administration d'un traitement mercuriel au calomel.

Ce malade avait eu, antérieurement déjà, des poussées de labyrinthite légère, et ceci doit nous rendre assez circonspects dans l'emploi du 606, lorsqu'il y a eu un passé pathologique, même léger, du côté des oreilles.

REVERCHON. — Perforation de la voûte palatine et de la cloison nasale consécutive à l'évolution d'une dent surnuméraire. — Th..., 23 ans : L'affection a débuté il y a quatre ans par une gêne considérable de la respiration nasale. Hospitalisé à Saint-Louis, le malade y est traité par des lavages, des injections mercurielles; un abcès se forme à la voûte palatine, il est ouvert, un petit séquestre osseux en est extrait.

Amélioration de l'obstruction nasale, mais la perforation palatine augmente et, au bout de deux ans, le malade constate à sa partie antérieure un corps lisse et dur.

A son entrée au Val-de-Grâce, le 27 février 1912, on note au niveau de la voûte palatine, sur la ligne médiane, à 2 centimètres du rebord alvéolaire, une perforation ovale à grand axe sagittal de 15 millimètres sur 5 environ, à l'angle antérieur de laquelle on constate la présence d'une dent surnuméraire implantée horizontalement d'arrière en avant parallèlement au plancher. Perforation de la cloison nasale au même niveau. La dent ne fait pas de saillie dans le nez.

On note d'autre part plusieurs autres dents surnuméraires et quelques érosions aux incisives inférieures.

La perforation paraît être consécutive à une infection osseuse

ayant précédé et accompagné l'éruption de la dent. La syphilis héréditaire ne peut être écartée complètement. Le traitement spécifique est appliqué avant l'intervention, qui consistera dans l'avulsion de la dent suivie de la staphyloraphie.

Séance du 10 juillet 1912.

GROSSARD présente un homme de 55 ans, porteur d'un **gros polype pédiculé du larynx**, inséré au-dessous de la commissure antérieure. Lorsqu'il vit, pour la première fois, le malade à sa consultation, notre collègue s'apprêtait à l'opérer séance tenante, mais le client ayant attiré son attention sur une longue cicatrice verticale siégeant au-devant du cou et lui ayant dit qu'un chirurgien avait pratiqué chez lui, il y a quinze ans, une thyrotomie pour l'opération d'un polype, Grossard fut rendu hésitant par cette intervention de grande chirurgie. Il demande à la société quelles peuvent avoir été les raisons qui ont engagé le chirurgien à pratiquer, dans ce cas, une thyrotomie, opération, à son avis, hors de proportion avec l'aspect du polype qu'il semble facile de pouvoir enlever par les voies naturelles.

BOULAY et LE MARC'HADOUR présentent une malade qu'ils soignent depuis 1898. Au début elle offrait une **obstruction nasale bilatérale due à des masses molles**, rappelant les granulations lupiques et siégeant sur le plancher, les cornets inférieurs et la cloison. †

Le diagnostic de lupus oblitérant fut posé et se trouvait fortifié par la présence d'une cicatrice d'adénite cervicale suppurée, par l'absence de dégâts osseux.

Les voies lacrymales étaient obstruées et l'oreille fut envahie avec destruction du tympan, et granulations de même allure lupiques dans la caisse.

Pendant huit ans, la maladie fut suivie; le nez curetté, cautérisé, les granulations récidivaient avec une désespérante ténacité.

Subitement, en 1909, parut un élargissement du dos du nez avec douleur au niveau des os propres; le diagnostic de syphilis s'imposait.

Le traitement mixte fut institué, mais malgré les traitements intensifs, le tertiarsme nasal suivit son cours. Actuellement la cloison s'est complètement séquestrée, le nez est affaissé, le sac lacrymal s'est ouvert à l'extérieur, formant une plaie bourgeonnante.

Malgré le 606 en injection intramusculaire d'abord, en injection intraveineuse ensuite, on ne note aucune amélioration.

Rien dans les antécédents de la malade ne permet de penser à une syphilis acquise. Les auteurs pensent à un de ces cas de syphilis congénitale grave, qui défient à l'heure actuelle nos moyens thérapeutiques.

MENCH. — **Aphasie amnestique d'origine otique.** — L'auteur insiste sur les troubles du langage comme indication opératoire au cours des otites.

DELACOUR présente un malade atteint depuis six mois d'un **écoulement purulent de l'oreille droite** et dont le conduit présente à sa partie antéro-inférieure une masse donnant des hémorragies très abondantes et qui est vraisemblablement une grosse granulation télangiectasique.

RICHOU et LE MARC'HADOUR présentent une enfant opérée en 1909 pour une **mastoïdite d'emblée, sans suppuration de l'oreille**. L'opération donna accès dans une large cavité purulente, avec la dure-mère à nu en haut et le sinus latéral également dénudé.

Les suites opératoires furent simples et la guérison se fit, sans que l'os bourgeonne vigoureusement, avec cette cicatrice mince et profonde où la peau est directement collée à la table interne de l'os.

Après un an de guérison, l'enfant fait une fièvre muqueuse, et reste déprimée; depuis cette époque, à de fréquentes reprises, la cicatrice cède et à propos d'un simple coryza s'établit un écoulement muqueux, rétro-auriculaire, sans réaction du côté de la membrane et de plus ou moins longue durée.

La fréquence de ces incidents conduit Richou à intervenir à nouveau en juillet 1911; cette seconde intervention permet de constater qu'il ne reste aucune lésion osseuse, que tout a été bien nettoyé lors de la première opération.

La cicatrisation se fait normalement avec une cicatrice identique à la première.

Convaincu que ces écoulements réitérés viennent d'une infection du pharynx, donnant lieu à de petites otites aditales, le pharynx a été curetté soigneusement.

Malgré cette sollicitude, la situation n'a pas changé, un coryza fait céder la cicatrice et ramène un écoulement; actuellement, l'otite aditale gauche s'accompagne d'une otite banale droite.

Les auteurs ont rencontré d'autres cas identiques avec le même échec de toute thérapeutique, y compris le curettage du cavum.

Ils concluent que pour créer cet état particulier il faut :

- 1° Un état général. Ces enfants sont tous pâles et peu résistants;
- 2° Une cicatrice mince et profonde, simple cutanisation de la plaie opératoire sans trousseau fibreux cicatriciel;
- 3° Une facilité particulière du pharynx à s'infecter et de cette infection à gagner l'oreille.

Cette fragilité tient à une autre cause que la présence des végétations, puisqu'elle subsiste après leur ablation.

Cette susceptibilité particulière des oreilles et du pharynx se rencontre souvent chez les membres d'une même famille.

Les auteurs ont constaté que tous ces malades présentaient une même caractéristique : de très volumineux bourrelets tubaires, et se demandent si ce volume excessif de l'orifice de la trompe ne serait pas dû à l'hypertrophie de l'amygdale tubaire, dont l'infection viendrait réensemencer l'oreille.

Séance du 10 janvier 1913.

Président : M. SIEUR.

MONIER. — Céphalées et névralgies faciales d'origine nasale. — L'auteur appelle l'attention sur les céphalées et les névralgies faciales que nul traitement n'a pu modifier et qui sont d'origine purement nasale. En dehors de tout état aigu ou suppuratif chronique du nez et des cavités accessoires, elles sont dues à l'irritation d'une branche nasale du trijumeau, par contact permanent ou fréquent entre la cloison et l'un des cornets.

Le rappel de la douleur par l'attouchement au stylet, de ce point, sans cocaïnisation préalable, est la base du diagnostic causal.

La seule intervention est l'ablation sous anesthésie locale de la crête osseuse de la cloison ou d'une partie du cornet pour supprimer tout contact.

Suivent 10 observations avec guérisons :

datant de 2 ans pour 2 cas,

— 1 an pour 3 cas,

— de quelques semaines pour 5 cas.

DE PARREL. — Présentation de l'appareil électro-phonoïde Zünd-Burguet de rééducation auditive. — M. de Parrel déclare tout d'abord que cet appareil est la réalisation d'une méthode spéciale de rééducation auditive, basée sur l'application systéma-

tique des sons de la voix humaine artificiellement produits. Après avoir brièvement exposé la genèse et le principe de cette méthode, l'orateur entre dans le détail de la description de l'appareil électrophonoïde ; il décrit les organes producteurs de sons qui constituent les registres, le système d'interrupteurs du courant électrique caractérisé par des lames vibrantes et des contacts platinés mobiles, les rhéostats intercalés dans le circuit soit du courant primaire, soit du courant secondaire, pour régler rigoureusement l'intensité et la durée des sons, les transmetteurs microphoniques modifiés de manière à éviter la production de vibrations secondaires et à pouvoir être facilement adaptés à la sensibilité respective de chaque oreille. En terminant, M. de Parrel fait très justement remarquer que l'appareil Zünd-Burguet, comme du reste la méthode qu'il caractérise, a sa personnalité bien déterminée et qu'il n'est apparenté ni au phonographe, ni au téléphone, ni à aucun autre dispositif appliqué jusqu'ici à la rééducation auditive.

WEISMANN. — Méthode pour la guérison rapide des mastoïdites opérées. — Depuis quelques années les mastoïdites aiguës, subaiguës ou chroniques opérées par moi ont toutes été guéries entre 10 et 15 jours. Jusqu'à présent, pas un échec. Technique opératoire habituelle ; puis injection et nettoyage soigneux de la plaie ; aucun antiseptique. Suture à peu près totale de la plaie. Petit drain de la grosseur d'une plume d'oie à la partie inférieure.

Aucune intervention dans l'oreille. Mèche de gaze au peroxyde de zinc dans le conduit. Pansement sec à plat. Le surlendemain, suppression de tout drain. Changement de la mèche dans l'oreille ; pansement à plat renouvelé tous les jours jusqu'au huitième jour où on enlève les fils et supprime toute mèche dans le conduit. Le dixième jour, colle d'Unna à l'oxyde de zinc sur la plaie ; suppression de tout pansement.

Séance du 10 mars 1943.

M. Luc présente, à un point de vue comparatif, deux jeunes gens opérés par lui radicalement d'**antrite fronto-maxillaire, sous anesthésie locale.**

Chez le premier, André Lem..., 18 ans, l'affection, qui occupait le côté droit, ne datait, au dire du malade, que de quelques mois, et avait respecté l'ethmoïde. L'autre maxillaire fut opéré suivant

la méthode Caldwell-Luc, tandis que l'antre frontal fut ouvert suivant le procédé de Jacques, au niveau du plancher. Malgré une suppuration des sutures inférieures, qui nécessita la réouverture de la partie inférieure de la plaie et l'application d'un drain pendant 4 jours, la cicatrisation définitive fut obtenue en 15 jours.

Une particularité intéressante de ce cas consista dans l'existence, avant l'intervention, d'un gonflement dur et non douloureux au niveau de la paroi antérieure de l'antre frontal, ressemblant à une exostose et qui disparut spontanément et peu à peu à la suite de l'opération.

Chez le second opéré, Robert Ba..., 22 ans, les choses ne se passèrent pas à beaucoup près aussi simplement. C'est qu'il s'agissait là d'une pan-sinusite bilatérale, au sens propre du mot, compliquée de formations myxomateuses multiples. Les myxomes furent d'abord opérés en deux séances (21 et 31 octobre) suivant la méthode radicale du présentateur au moyen des pinces plates.

Le 6 novembre, opération radicale des deux antres maxillaires suivant le procédé Caldwell-Luc, sous anesthésie locale.

Les antres maxillaires une fois désinfectés, le diagnostic des suppurations frontales fut fait par exclusion et ces nouveaux foyers furent également opérés sous anesthésie locale en une séance (11 novembre), suivant le procédé de Jacques. Grâce à la large brèche faite aux dépens des apophyses montantes, la suppuration put être poursuivie à travers les labyrinthes ethmoïdaux jusque dans les sphénoïdes remplis comme les autres cavités osseuses de fongosités et qui furent ouverts le plus largement possible.

On ne put éviter la suppuration consécutive de quelques points de suture, qui céda d'ailleurs à quelques jours de pansements humides.

Dès le 21 novembre, la cicatrisation était définitive du côté gauche ; mais il continuait à s'écouler, de l'ouverture sphénoïdale, du pus dont la quantité alla en diminuant, les semaines suivantes, à la faveur de nettoyages fréquents du foyer en question.

Du côté droit, au contraire, deux interventions complémentaires furent nécessaires.

Avant toute opération il y avait eu, à la fin d'octobre, un abcès sous-périoste prémaxillaire de ce côté, lié à de l'alvéolo-périostique de la canine, abcès qui fut évacué par voie buccale ; mais l'os était resté apparemment infecté à ce niveau, car, le 21 novembre, apparut un gonflement fluctuant sous-orbitaire, dont l'incision permit l'évacuation de pus et la constatation de l'os dénudé. Drain. La suppuration persistant, la paroi antérieure maxillaire fut

découverte sous narcose par une incision en pleine joue et trouvée largement nécrosée, le séquestre en question étant représenté par le pont osseux séparant la brèche opératoire Caldwell-Luc de l'ouverture nasale antérieure. Drainage de la plaie à sa partie inférieure. Suppression du drain au bout de 8 jours et bientôt après cicatrisation de la plaie.

Le résultat obtenu n'était pourtant pas encore parfait: il continuait de s'écouler un peu de pus de la région des cellules ethmoïdo-unguéales; en outre, à deux reprises (15 janvier et 24 février), le jeune homme présenta pendant plusieurs jours, à la suite d'un séjour dans une atmosphère surchauffée, d'un gonflement péri-orbitaire du côté droit. Soupçonnant un reste de suppuration ethmoïdale, désirant, d'autre part, corriger la cicatrice disgracieuse causée par le séjour du drain, on résolut de pratiquer dans une même séance sous anesthésie générale la résection du tissu cicatriciel saillant et la réouverture du foyer. Cette dernière intervention eut lieu le 4^{er} mars dernier. On trouva en effet du pus et des fongosités dans plusieurs cellules situées immédiatement en dedans de l'orbite. Par la même occasion, l'antre frontal fut nettoyé à nouveau, et sa communication avec la cavité nasale encore élargie. Réunion immédiate de la plaie.

Le 7 mars, dernière alerte donnée par la constatation d'un léger gonflement sous-orbitaire; mais l'inspection de la fosse nasale en fournit l'explication en montrant une mèche de gaze oubliée dans le foyer, qui fut retirée séance tenance; puis pansement humide. Dégonflement rapide, consécutif.

JACQUES FOURNIÉ. — Sur l'évidement pétro-mastoïdien en vue d'une cicatrisation plus rapide. — On a beaucoup parlé ces dernières années des soins consécutifs à l'évidement pétro-mastoïdien pour tâcher d'en diminuer la durée. La question terrain mise à part, on peut, dans le même but, s'adresser à la technique opératoire elle-même et y apporter avec fruit de légères modifications.

Temps osseux. — Réduire la trépanation au minimum et autant que possible se donner du jour par en haut... Éviter l'évasement de l'entonnoir classique (illogique si on ferme l'ouverture rétro-auriculaire) et donner à la tranche postéro-inférieure une déclivité plutôt inverse. Abrasion jusqu'au plancher, si nécessaire, de la partie pré-méatique de la paroi postérieure du conduit osseux.

Temps cutané. — Incision rétro-auriculaire reportée beaucoup plus en arrière; ablation d'un îlot elliptique (peau et périoste)

postéro-supérieur. Ne pas ruginer la lèvre postérieure. La rugination de la lèvre antérieure retrouvera l'incision de la paroi postérieure faite au début par le conduit. Amorce du Siebenmann-Luc, si besoin est.

Conclusion. — Grande diminution de la cavité opératoire, dans sa position osseuse d'abord, et dans son ensemble par le raccourcissement du pont cutané rétro-auriculaire et sa traction en haut et en arrière : d'où comblement ou épidermisation plus rapides, de 5 à 8 semaines en général. La section est éloignée du foyer, elle se stabilise sur un os sain ; le cul-de-sac intérieur rétro-méatique a disparu ou est réduit à son minimum ; le sillon rétro-auriculaire, au lieu de se creuser davantage, reste largement à découvert ; d'où disparition de plusieurs causes de petites infections secondaires toujours désagréables et retardant la guérison.

KÖNIG. — Malade présentant une **adhérence entre la luette et l'amygdale linguale**.

M. LUC présente, en son nom et au nom de son collègue Guisez, une jeune femme, Mlle X..., qui vient le consulter en novembre 1911 pour une **synéchie cicatricielle des piliers palatins d'un côté à l'autre, d'origine spécifique**. Guisez consulté offrit de l'opérer et réussit à creuser sous anesthésie locale un véritable canal à travers le tissu fibreux remplissant le cavum jusqu'aux choanes, rétablissant ainsi la respiration nasale depuis longtemps abolie.

On espéra maintenir ensuite le résultat obtenu en appliquant ici la méthode de la dilatation caoutchoutée, au moyen de drains spéciaux imaginés par Guisez et présentant deux extrémités renflées assurant leur maintien en place.

Malheureusement l'événement n'a pas jusqu'ici justifié le traitement poursuivi avec la plus grande patience depuis plus d'un an.

En effet, dès que le séjour du drain est interrompu, les bords de l'ouverture créée présentent une invincible tendance à se rapprocher.

Argumentation : MM. Lubet-Barbon, Laurens, Sieur.

MOUNIER. — **Morceau de verre enclavé dans le pharynx après transfixion de la région carotidienne ; ablation par les voies naturelles. Présentation de la pièce et du malade.** — Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. En premier lieu par la chance inouïe du malade qui n'a eu aucun gros vaisseau ouvert dans cet accident ; en second lieu par la tolérance des tissus ; finalement en montrant une fois de plus que l'extrac-

tion des corps étrangers doit toujours être tentée par les voies naturelles.

Mon malade est en effet venu me voir après un accident de voiture datant de un mois et dans lequel un morceau de verre de 7 centimètres et demi, entré par le cou à droite, est venu se fixer dans la base de la langue.

Il a pu être enlevé par les voies naturelles sous cocaïne, malgré un enclavement complet. On a dû le briser sur place en deux morceaux pour enlever d'abord le morceau lingual implanté dans la paroi latéro-pharyngienne droite. Aucune hémorragie ni complication consécutives.

Argumentation : M. Percepid.

GEORGES LAURENS. — Présentation d'un malade opéré de **polype naso-pharyngien**.

Argumentation : MM. Luc. Mahu. Sieur.

GUISEZ. — Présentation de malades.

1^o Malade âgée de 54 ans, opérée il y a deux mois d'**Épithélioma primitif de la fosse nasale gauche ayant envahi le maxillaire** du même côté. La résection du maxillaire supérieur fut nécessaire et permit d'enlever complètement la tumeur. Les suites opératoires furent absolument normales.

2^o **Épithélioma du tiers inférieur de l'œsophage** soigné par les applications locales de *radium* : L'amélioration se maintient depuis 8 mois et l'alimentation, impossible auparavant, est restée jusqu'à maintenant à peu près normale. L'auteur, qui a eu l'occasion de soigner une trentaine de malades par cette thérapeutique, dit que c'est uniquement dans les formes épithéliales de ce néoplasme que l'amélioration a été manifeste. Il rappelle qu'il a publié plusieurs cas de guérison apparentes datant de deux ans et demi et un an et demi.

3^o **Grain de café dans la trachée chez enfant de 12 mois enlevé par la trachéoscopie**. — L'observation était très intéressante par ce fait que le corps étranger avait passé absolument inaperçu des six médecins qui l'avaient examiné et qui tous n'iaient les dires de la mère. Le bruit de roulement, de grelottement trachéal caractéristique était cependant très net dans ce cas. Ce signe mériterait d'être mieux connu et mieux étudié, car il permettrait de faire le diagnostic dans les maints cas qui restent méconnus.

4^o **Valvule congénitale sise au tiers inférieur de l'œsophage chez une jeune fille de quatorze ans**. — Cette malade avait été prise à

tort pour une spasmodique. Depuis sa toute première enfance elle vomissait régulièrement tout ce qu'elle absorbait. Seuls les liquides et demi-liquides pouvaient passer. Les parents attribuaient ces troubles à la déglutition d'un liquide caustique (?). L'œsophagoscopie montra qu'il y avait en réalité une valvule incomplète au tiers inférieur de l'œsophage; valvule qu'il fut possible d'électrolyser sous endoscopie et par là de dilater l'orifice rétréci. Actuellement, le calibre œsophagien est tout à fait normal, marchant de pair avec l'alimentation.

G. A. WEILL. — Perfectionnement au procédé déjà décrit par l'auteur, pour le drainage du sinus maxillaire par le méat inférieur. Présentation d'un trocart permettant de faire en un seul temps la ponction du sinus et la mise en place d'une canule à demeure. — Un extracteur spécial permet de retirer la canule (chez Collin). — L'instrument se compose de trois parties: canule, trocart et tube-guide.

Canule : Son extrémité sinusienne est un tube de métal, la partie nasale un tube de caoutchouc que l'on coupe à la longueur voulue, une fois la canule en place; on le laisse légèrement dépasser la narine et, dans l'intervalle des lavages, son extrémité se loge dans la fossette antérieure du vestibule.

Trocart : Tige d'acier dont la longueur se règle par un curseur placé près du manche; cette longueur varie suivant les dimensions de la canule.

Tube-guide : Tube métallique coulissant sur le trocart; il s'appuie d'une part sur le curseur du trocart et d'autre part sur la partie métallique de la canule, de façon à transmettre à celle-ci la pression ou le choc nécessaire à la pénétration de l'instrument.

Manuel opératoire : 1° Monter sur le trocart le tube-guide, et la canule. Régler au moyen du curseur la saillie de la pointe.

2° Ponction par le méat inférieur après anesthésie.

3° Maintenir le tube-guide pour empêcher le déplacement de la canule, tandis qu'on retire le trocart. Le tube-guide, n'étant engagé que dans le caoutchouc, sort sans difficulté.

4° *Extraction* : Ne pas tirer sur le caoutchouc; se servir de l'extracteur, double érigne que l'on engage au moyen du tube-guide dans la canule; on pousse l'érigne à fond, les deux branches s'écartent dans le sinus; on extrait l'ensemble par traction.

Il est bon, avant l'extraction, de toucher le méat inférieur avec l'adrénaline-cocaïne.

ASSOCIATION AMÉRICAINE DE LARYNGOLOGIE
XXXIV^e CONGRÈS ANNUEL TENU A ATLANTIC CITY

les 9, 10 et 16 mai 1912.

M. H. PRYTON MOSHER. — **L'excentration du labyrinthe ethmoïdal par la voie intranasale.** — La limite antérieure du labyrinthe ethmoïdal est formée par l'apophyse angulaire interne du frontal et la face postérieure de la branche montante au maxillaire supérieur. On ne peut efficacement pénétrer dans le labyrinthe à moins de porter la curette en dehors et en arrière de l'apophyse montante vers l'unguis. L'ablation de l'extrémité antérieure du cornet moyen et le curettage en haut et non pas en dehors n'ouvre pas le labyrinthe sur une étendue convenable. L'apophyse angulaire interne du frontal forme les $\frac{2}{3}$ ou tout l'anneau osseux qui constitue la première partie du conduit nasofrontal. Le meilleur guide vers ce canal est la face postérieure de la branche montante du maxillaire supérieur. Dans un grand nombre de cas, le conduit nasofrontal n'est pas un canal tubulaire, mais constitue un anneau osseux au commencement et devient ensuite une fente triangulaire antéro-postérieure. Celle-ci ressemble bien plus à une cellule ethmoïdale ou à un méat irrégulier qu'à un conduit. Le canal nasofrontal se porte de dehors en dedans et affecte des relations avec la partie tout à fait supérieure de l'extrémité antérieure du cornet moyen. Quand le canal du sinus frontal a la forme cellulaire, l'extrémité antérieure du cornet moyen constitue sa limite interne. C'est pourquoi il est plus facile d'atteindre le conduit par le nez et par l'extrémité antérieure du cornet moyen au niveau du cornet supérieur. Une curette introduite en ce point et portée en dehors vers l'unguis, et ensuite, après l'avoir retirée un peu, en bas et en arrière, pénétrera dans la partie antérieure du labyrinthe, derrière la branche montante du maxillaire supérieur et brisera les cellules par lesquelles passe le conduit nasofrontal, en détruisant les cellules et le canal. Un léger curettage suffit pour transformer la partie antérieure du labyrinthe en une seule cavité. L'orifice du conduit nasofrontal se trouve dans le plancher de cet espace, ordinairement dans l'angle antéro-externe. Si l'opérateur désire gratter toutes les cel-

(1) Compte rendu par THIVAS, d'après *Médical Record*, 7 sept. 1912.

lules ethmoïdales, il pénétrera dans la moitié postérieure du labyrinthe en fracturant l'attache du cornet moyen et en curettant encore plus en arrière en prenant pour guide le côté externe du cornet moyen. Si la tête du malade est tenue horizontale, le cornet moyen guidera la curette en arrière dans la cellule ethmoïdale postérieure. Souvent la moitié postérieure du labyrinthe est une grande cavité formée d'une ou de deux cellules. Cette portion du labyrinthe a été, pour ainsi dire éxentérée par la nature. Une fois la curette portée contre la paroi postérieure du labyrinthe, on enlèvera la portion restante du cornet moyen et la moitié supérieure du cornet supérieur; on abattra ensuite la partie postérieure du cornet supérieur. L'opérateur peut maintenant reconnaître la partie interne de la face antérieure du sinus sphénoïdal, qui est libre dans la cavité nasale, et la partie externe qui a une paroi commune avec la cellule ethmoïdale postérieure. L'angle supéro-externe de la cellule ethmoïdale est dangereuse à curetter ou à sonder. Il est de la plus grande importance que l'opérateur s'assure des points de repère dans cette région. Il s'orientera en se guidant du bord supérieur de la choane et en différenciant la face libre du sinus sphénoïdal du bord de la choane en portant le stylet en haut tout près de la cloison. Ayant établi l'étendue de la face libre du sinus, on détermine la largeur de la paroi commune entre le sinus sphénoïdal et la cellule ethmoïdale postérieure. La ligne de démarcation entre les deux parties de la face antérieure du sinus sphénoïdal est constituée par une ligne obliquement verticale qui est l'attache du cornet supérieur. Une erreur commune faite par l'opérateur est de pénétrer dans la cellule ethmoïdale postérieure — il va trop haut et trop en dehors et prend la paroi postérieure de la cellule ethmoïdale postérieure pour toute la face antérieure du sinus sphénoïdal. Cette erreur peut conduire dans le cerveau. Les causes principales de cette confusion sont une ablation insuffisante de la partie postérieure du cornet supérieur et la position trop élevée de la tête du malade. Après avoir déterminé les points de repère de la face antérieure du sinus et reconnu celui-ci, on pénètre dans la cavité tout près de la cloison, si possible par l'ostium, et on enlève toute la paroi antérieure. Le malheur est qu'on pénètre dans l'orbite par l'unguis ou dans la partie postérieure de la fosse cérébrale antérieure au sommet de l'orbite.

Le premier accident est banal, le second est mortel. La ponction de la partie supérieure de l'extrémité antérieure du cornet moyen pour cathétérisme du sinus frontal est rapidement faite sous anesthésie locale à la cocaïne. Pour pratiquer l'ablation complète des

cellules antérieures et postérieures, surtout si l'on veut le faire en une séance, il vaut mieux employer l'anesthésie générale.

JOSEPH BRYAN. — Un cas de fibromyxome ou naso-pharynx. — L'intérêt du cas réside dans la rareté de tumeurs bénignes de cette catégorie chez les enfants. Il s'agit dans l'occurrence d'une fillette de 12 ans, anémique et mal développée, qui vint consulter l'auteur en mars 1912 pour une occlusion des deux narines, de la céphalée, une respiration bruyante et de temps à autre une difficulté de la déglutition. L'examen du nez montra que la fosse nasale gauche était libre, mais que l'air n'y pouvait point passer dans le naso-pharynx. La fosse nasale droite était remplie d'épaisses mucosités qui ne permettaient pas d'en voir l'intérieur. L'examen de la cavité buccale révéla une grosse tumeur rasée suspendue dans le naso-pharynx et en remplissant presque complètement la cavité. La tumeur descendait dans le pharynx environ à 1/6 de pouce au-dessous du bord libre du voile. La malade ayant été endormie à l'éther, on introduisit dans le naso-pharynx une anse froide, et la tumeur prise dedans a été enlevée après une solide traction. Il s'en est suivie une hémorragie violente qui a pu être arrêtée au bout de quelques moments par une énergique compression du naso-pharynx avec une lanterne de gaze. La tumeur était dure au toucher et mesurait trois pouces de long. La rhinoscopie postérieure, pratiquée plusieurs jours après, laissait voir une ecchymose dans la choane droite, juste au-dessus de l'extrémité postérieure du cornet moyen. Cette ecchymose était probablement le point d'insertion primitif de la tumeur. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'un fibro-myxome typique.

JOSEPH GIBB (Philadelphie). — Cas de fibrome du naso-pharynx. — Jeune homme de 13 ans présentant depuis 6 mois des symptômes d'obstruction nasale avec épistaxis. L'examen révéla une tumeur provenant de la voûte, probablement de l'apophyse basilaire, partout adhérente et recouverte de muqueuse. Pas de pédicule. Trachéotomie préalable. Après une tentative infructueuse d'enlever la tumeur à l'aide d'une anse passée par la fosse nasale, l'auteur parvint à la saisir avec une solide pince rétro-nasale; la tumeur a été enlevée par des mouvements de traction associés à des efforts réitérés pour la séparer de ses attaches avec le doigt indicateur de la main gauche de l'opérateur. Hémorragie abondante pendant la manipulation et profuse après l'ablation du néoplasme. Tamponnement du naso-pharynx à la gaze. Décanulement au bout de

48 heures. Jusqu'à présent, pas de récurrence, quoique 2 ans se soient écoulés depuis l'opération.

M. JOHN MACKENZIE (Baltimore). — **L'ulcération aphteuse des voies respiratoires dans la tuberculose pulmonaire.** — On a longtemps discuté pour savoir si l'ulcération en question était une ulcération spécifique due à l'agent causal de la tuberculose. Après une étude préliminaire du sujet, l'auteur passe brièvement en revue les controverses auxquelles il a donné lieu et rappelle avec beaucoup de détails la description qu'il a lui-même faite de ces ulcérations et de leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire (Voir *Die Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1881 et *The Transactions of the medical and Surgical Faculty of Maryland*, 1882). Les observations histologiques avaient montré que ces zones ulcérées étaient le résultat d'une inflammation diphtérique superficielle et circonscrite de la muqueuse, c'est-à-dire une infiltration des tissus avec une prolifération cellulaire si active et si rapide qu'elle aboutissait à une nécrose et une escharification des couches superficielles. Suivant les investigations de l'auteur, cette forme était due à l'action corrosive des expectorations provenant des cavernes pulmonaires, par l'intermédiaire de bactéries inconnues, et il appuyait son opinion sur les faits suivants :

- 1° La prédilection des ulcérations pour les endroits qui sont en contact constant avec les sputa, c'est-à-dire la trachée et les bronches, et surtout la face postérieure de la première et la face laryngée de l'épiglotte; 2° Le fait que ces ulcérations augmentent en nombre à mesure qu'on se rapproche des poumons et qu'elles deviennent moins fréquentes dans la partie supérieure du larynx et de la trachée; 3° On peut les suivre de la bifurcation de la trachée jusqu'à la division des tubes bronchiques, où elles deviennent visibles seulement dans une bronche qui conduit dans une caverne; 4° Leur absence dans les bronches de poumons qui ne sont pas le siège de caverne ou de lésions tuberculeuses avancées; 5° Leur présence occasionnelle dans l'estomac, l'œsophage et l'intestin; 6° Leur apparition occasionnelle dans la pneumonie purulente et la gangrène pulmonaire. C'est pourquoi M. Mackenzie considérait ces ulcérations comme une inoculation de la muqueuse avec les débris du tissu pulmonaire ramolli amenant une perte de substance pathologiquement distincte de l'ulcération tuberculeuse, mais possédant quelques-uns de ses caractères. Quoique dues à une désintégration du tissu pulmonaire, l'auteur ne les regardait pas comme des produits tuberculeux spécifiques, et cela pour les raisons suivantes :

1° Histologiquement ces ulcérations ne diffèrent sous aucun rapport de celles similaires qu'on trouve sur la muqueuse de sujets non tuberculeux ; 2° Quoique moins souvent et en moins grand nombre, on trouve sur les muqueuses et particulièrement sur celle de la trachée, à titre de complication secondaire à des affections autres que la tuberculose pulmonaire, une infiltration circonscrite et bien marquée due à une nécrobiose et à une escharification et identique aux ulcérations aphteuses ; 3° Sur les autres muqueuses et dans des conditions similaires, notamment comme résultat d'un processus gangréneux de voisinage ou du passage constant d'un écoulement ichoreux, on trouve des ulcérations identiques à celles dont il s'agit ; ainsi, par exemple, dans le vagin, elles peuvent être le résultat d'une gangrène de l'utérus. Rappelons que les recherches de l'auteur remontent à une époque où nos connaissances en bactériologie étaient bien médiocres : le bacille de Koch n'avait pas encore été isolé et la technique microscopique alors en usage, comparée à celle d'aujourd'hui, était presque primitive.

Même avec les méthodes d'investigation modernes, il existe encore sur ce sujet une grande divergence d'opinion ; la majorité des pathologistes et des laryngologistes croient que l'ulcère aphteux est un produit tuberculeux vrai. Le récent travail de Ziba, de l'Institut Pathologique de Strasbourg, a mis un peu de clarté dans cette question (*Archiv. f. Laryngologie*, 120 XXIV, heft 3, 1911). Par ses recherches bactériologiques et histologiques, cet auteur est arrivé aux mêmes conclusions que Mackenzie : et il croit avec ce dernier à l'existence d'un ulcère aphteux de la trachée et du larynx au cours de la tuberculose pulmonaire, absolument distinct de l'ulcération tuberculeuse vraie. Ziba a trouvé que ces ulcères étaient dus à la présence de streptocoques dans les sputa provenant des cavernes pulmonaires et que l'infection se fait par la face interne de la muqueuse et produit un processus inflammatoire associé à une nécrose des tissus qui aboutit à la formation de l'ulcère aphteux. Ce dernier peut devenir plus tard tuberculeux, mais primitivement on ne trouve dans l'ulcère aphteux aucune trace de tubercule miliaire aussi bien dans sa base que dans ses parois. Cette conception de sa nature est confirmée par l'examen bactériologique : en effet, des bacilles de Koch ne se trouvent que dans les ulcérations où il existe des tubercules miliaires et seulement dans la région du tubercule miliaire lui-même. Dans tous les autres cas, les tubercules aussi bien que les bacilles font défaut. Même dans les cas où le bacille tuberculeux se trouve dans les sécrétions qui

recouvrent la muqueuse, la structure caractéristique et le bacille manquent. Il va sans dire que les ulcérations aphteuses du larynx et de la trachée produites par les streptocoques favorisent le développement d'ulcérations tuberculeuses. Ceci est plus que probable si l'on se rappelle que ces ulcérations apparaissent en grand nombre au cours de la dernière période de la tuberculose pulmonaire.

M. JOSEPH GOODALE (Boston). — **Les indications du salvarsan dans la syphilis du nez et de la gorge.** — L'expérience de l'auteur porte sur 36 cas de syphilis traités par le salvarsan. Dans tous les cas, l'administration du médicament se faisait par la voie intra-veineuse; on n'a pas constaté de troubles gastriques, sauf quelques nausées et des sensations de frissons. L'auteur conseille l'emploi du salvarsan de préférence aux anciennes méthodes dans les conditions suivantes: 1° Quand, pour des raisons sociales ou conjugales il importe de supprimer l'infectivité de l'affection; 2° dans les cas qui présentent une tendance à la stomatite mercurielle; 3° chez les malades sujets à des récidives continuelles de la lésion; 4° dans un but diagnostique, quand il est impossible d'enlever un fragment aux fins d'examen et enfin dans les formes de syphilis tertiaire qui affectent une marche lente analogue à la gomme serpigineuse de la peau. Quoique les opinions ne soient pas encore unanimes en ce qui concerne le pouvoir curatif du salvarsan, l'auteur pense que la valeur des faits publiés jusqu'à présent autorise à affirmer que ce remède administré à doses répétées et en association avec du mercure offre le meilleur espoir d'obtenir ce résultat.

M. PRICE BROWN (Toronto). — **Des tumeurs malignes des voies respiratoires supérieures.** — L'auteur relate dix cas de néoplasie maligne du nez, du naso-pharynx, de l'oro-pharynx et du larynx. Sept de ces cas étaient des sarcomes du nez, un, sarcome du larynx; un, épithélioma du larynx; et un — épithélioma de l'aile interne du nez. Tous ces cas avaient été traités par des méthodes internes, principalement par des applications répétées de l'électrocautère, avec anesthésie préalable à la cocaïne de façon à pouvoir détruire le plus possible de tissu néoplasique. Après avoir obtenu une guérison apparente, les malades étaient gardés en observation pendant une longue période de temps. Dans les cas où se produisait une récidive, la tumeur était à nouveau attaquée de la même façon et les nouveaux bourgeons détruits. Les résultats ont

été très satisfaisants sauf dans 7 cas de sarcome du nez qui eut une terminaison fatale. Dans le cas de sarcome du larynx, la lutte entre la tumeur et le cautère continue encore après 15 mois de traitement : au cautère est venu depuis peu s'ajouter le radium. Le pronostic est douteux. Dans le cas d'épithélioma du pharynx, le malade était encore vivant 6 mois après l'opération quoique l'issue soit sans espoir. Dans le cas d'épithélioma de la face interne de l'aile du nez, l'auteur a obtenu un excellent résultat par l'emploi combiné du cautère et de radium, mais le cas est encore trop récent pour qu'on soit autorisé à formuler d'ores et déjà une conclusion positive.

M. JOHN WINSLOW (Baltimore). — **Relation d'un cas de bronchoscopie pour corps étrangers multiples (coquille et pulpes d'amande).** — Jana B., âgée de deux ans, jouait sur le plancher, quand l'attention de la mère fut attirée par les cris de l'enfant qu'elle trouva s'asphyxiant et toute cyanosée. Ayant introduit le doigt dans la gorge, elle en retira un gros morceau de coquille d'amande avec de la pulpe. Ceci eut pour résultat une grande amélioration et la disparition des phénomènes asphyxiques. Mais depuis ce moment l'enfant présentait de temps à autre une gêne de la respiration accompagnée de cyanose. A l'examen, on trouva les mouvements respiratoires plus superficiels du côté gauche et le murmure vésiculaire aboli au-dessous de la deuxième côte; pas de râles. L'enfant fut admise à « The University Hospital » et examinée, sous l'anesthésie locale à la cocaïne, avec le spéculum direct Jackson. On put ainsi se rendre compte qu'il n'y avait rien dans le larynx et que le plus petit bronchoscope (7 millimètres) ne passerait pas par l'espace sous-glottique. Le lendemain trachéotomie, immédiatement suivie de bronchoscopie inférieure à l'aide d'un tube de Jackson de 7 millimètres. Par ce moyen, on retira plusieurs fragments de pulpe d'amande de la branche lobaire inférieure gauche, mais on n'a pu pénétrer dans la branche lobaire supérieure. On n'a pas trouvé de coquille. Le lendemain broncho-pneumonie qui a duré 8 jours. La malade quitta l'hôpital le quinzième jour, encore très faible, mais dans un état normal. Un mois après, par suite d'une épidémie de grippe, elle contracta de nouveau une pneumonie. La plaie s'ouvrit spontanément et dans un accès de toux, l'enfant expulsa un morceau de coque d'amande mesurant 6 millimètres sur 3 millimètres. La guérison fut lente, mais complète.

L'auteur appelle ensuite l'attention sur les difficultés de la bron-

choscopie chez de tout petits enfants, à cause du petit volume de leurs voies respiratoires, sur les difficultés des manipulations instrumentales et la nature des objets ordinairement trouvés. Il étudie ensuite les meilleures méthodes de procéder dans ces cas. Tout en admettant les avantages de la bronchoscopie supérieure (sans trachéotomie), il en montre les inconvénients. Une étude des cas relatés dans la littérature médicale montre que, tandis que la bronchoscopie supérieure avait été tentée nombre de fois pour extraire les corps étrangers chez des enfants, dans la majorité d'entre eux on dut, pour la réussite de l'opération, ultérieurement pratiquer la trachéotomie. M. Winslow s'en réfère à un récent article de Killian dans lequel cet auteur appelle l'attention sur la fréquence avec laquelle la trachéotomie ou l'intubation sont ultérieurement rendues nécessaires après la bronchoscopie supérieure, lors même qu'on réussit à enlever le corps étranger. Il l'attribue à un œdème de l'espace sous-glottique causé par le traumatisme. Dans quelques-uns des cas relatés, le tube bronchoscopique était trop grand pour l'espace sous-glottique. Dans ces conditions, tout en admettant que le choix du procédé doive être individualisé dans chaque cas, l'auteur conclut que dans la majorité des cas, chez de petits enfants, la bronchoscopie inférieure est préférable à la supérieure, parce qu'elle est plus facile et offre plus de sécurité.

M. BRYSON DELAVAN (New-York). — **Paralysie traumatique du récurrent laryngé droit — Relation de deux cas.** — Elisabeth X..., 23 ans, autrement bien portante, parle d'une voix enrouée de qualité particulière; l'enrouement s'aggrave par le mauvais temps quand elle est fatiguée ou qu'elle a froid. A l'âge de 12 ans, raconte la malade, elle trébucha en traversant une voie ferrée et tomba en donnant du cou contre le bord interne du rail opposé. La chute fut pénible et elle en ressentit une violente secousse. En frappant le rail, la malade poussa un cri et, en essayant de parler immédiatement après, elle constata qu'elle avait perdu la voix. Elle avait suivi divers traitements dans différents endroits et principalement au «Massachusetts Hospital.» L'électricité, employée pendant longtemps, n'avait produit aucun soulagement. Onze ans après l'accident, la malade vint consulter l'auteur. Elle paraissait normalement développée et bien constituée. L'examen laryngoscopique fit constater que le côté droit du larynx était complètement immobilisé, que la corde vocale attirée un peu en dehors de la ligne médiane. La longueur antéro-postérieure du ruban vocal droit était manifestement raccourcie d'un tiers. La paralysie

était absolue. La corde était hyperhémisée et tout le côté correspondant paraissait contracté. Le côté gauche du larynx était normal sous tous les rapports. Il était évident qu'à l'époque où eut lieu le traumatisme laryngé, le récurrent droit a dû être complètement paralysé. Le pronostic du cas, en ce qui concerne la guérison, est absolument mauvais.

Cas II. — M. Y..., âgé de 50 ans, d'une santé délicate et d'un tempérament très nerveux. Voix enrouée. N'a jamais eu de dyspnée. Le malade affirme que son enrouement et la difficulté de parler datent dès son enfance. Il les attribue à une des trois causes suivantes : une attaque de diphtérie, la coqueluche et un traumatisme possible. Étant enfant, il essaya une fois de grimper sur un arbre, mais en chemin il lâcha prise et tomba de telle façon que son cou se trouva pris entre deux branches, où il est resté suspendu pendant quelques minutes avant d'avoir été secouru. A la suite de cet accident, sa voix s'altéra, comme il vient d'être dit plus haut. L'examen révéla une paralysie abductrice complète du côté droit du larynx. La corde vocale de ce côté-ci était plus courte que la gauche et sous tous les rapports moins bien développée. L'immobilité paraissait complète, la corde étant placée un peu à droite de la ligne médiane, mais pas tout à fait aussi en dehors que dans la position cadavérique. Les mouvements de la corde gauche à l'adduction étaient exagérés et celle-ci dépassait la ligne médiane et atteignait sa congénère du côté opposé. Il est peu probable que cette paralysie soit le résultat d'une diphtérie ou d'une coqueluche. D'autre part, un traumatisme tel que celui qui vient d'être décrit peut facilement avoir blessé le récurrent droit assez gravement pour causer une perte complète de sa fonction. Le fait que ce fut le récurrent droit qui avait été lésé peut être purement accidentel. Cependant la position du nerf droit expose celui-ci davantage aux traumatismes par violence extérieure que le gauche.

THOMAS HALSTER (Syracuse). — **L'angine de Vincent. Sa fréquence et l'importance de son diagnostic. Relation de deux cas.** — On sait que l'angine de Vincent est la manifestation dans la gorge et dans les voies respiratoires de l'activité infectieuse du bacille fusiforme associé à des spirochètes et à des spirilles, ces derniers étant probablement des formes évolutives du premier. Ces mêmes organismes produisent l'affection dans toutes les parties du corps, une pseudo-membrane se développant sur la muqueuse et des abcès dans les parties profondes. La pourriture d'hôpital et le noma sont dus à ces organismes. On relate de nombreux cas d'ulcère phagé-

dénique du pénis, d'abcès du poumon et de la rate, et tout récemment Tunielsse a rapporté un cas d'appendicite compliquée de pyohémie générale avec abcès multiples dans toutes les parties du corps, tous dus au bacille fusiforme. On trouve également dans la littérature plusieurs cas de bronchite, laryngite, broncho-pneumonie, la fausse membrane ayant été la lésion locale; quelques cas de mastoïdite, où le bacille fusiforme était le seul organisme pathogène.

On distingue deux types cliniques de l'angine de Vincent: un, ressemblant à la diphtérie à tel point que les meilleurs observateurs ont pu commettre des erreurs de diagnostic, tandis que l'autre forme simule tellement les lésions syphilitiques à la gorge, plaques, muqueuse, ulcération tertiaire, voire même chancre, que plus d'une fois on a confondu un ulcère de l'angine de Vincent avec une ulcération syphilitique. L'affection est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit; les statistiques montrent que 20 à 25 p. 100 de cas diagnostiqués cliniquement comme diphtérie, mais que l'examen bactériologique a démontré être des angines de Vincent. Sur 2500 cas d'affections otitiques nasales et pharyngées observés dans la pratique privée, l'auteur a trouvé 20 cas (4 p. 125) d'angine de Vincent. Il en relate deux qui se sont terminés par la mort. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme au huitième mois de grossesse. La fausse membrane ressemblait à celle de la diphtérie, mais était beaucoup plus diffuse et existait non seulement dans la bouche et dans la gorge, mais aussi dans le vagin. Dans la cavité bucco-pharyngée elle a persisté pendant 2 mois, malgré le traitement. Une odeur extrêmement fétide, une coloration safranée de la peau, de violentes douleurs à la déglutition, des températures basses et une toxémie profonde avec une grande prostration étaient les principaux symptômes qui dominaient la scène. La malade mourut subitement au commencement du travail. Le second cas avait également trait à une jeune femme. La fausse membrane tapissait les rebords alvéolaires et toute la muqueuse buccale occasionnait des douleurs si violentes que la malade ne pouvait rien avaler et refusait toute nourriture. Elle succomba à une toxémie profonde et à une anémie secondaire.

M. CHARLES RICHARDSON (Washington). — **Les complications de la tonsillectomie.** — Dans sa communication, l'auteur attire l'attention sur ce fait que les complications de la tonsillectomie ne sont pas relatées comme elles devraient l'être, et ceci explique, sans doute, le petit nombre de cas publiés jusqu'à présent dans la littérature médicale. Il divise les complications d'après leurs diverses

classifications. C'est l'hémorragie qui prédomine par sa fréquence. 50 cas d'hémorragie grave ont été rapportés avec 49 terminaisons fatales. Richardson cite ensuite deux cas intéressants d'hyperpyrexie, observés l'un par le Dr Wishart, l'autre par l'auteur lui-même. Parmi les autres complications de l'amygdalectomie, relatées dans la science par différents auteurs, Richardson mentionne l'infarctus des poumons, la septicémie générale, l'emphysème, l'infection des poumons et des séreuses, des troubles sous la dépendance du système nerveux et du status lymphaticus. L'auteur rappelle enfin les 42 cas de morts survenus dans le cours des derniers 48 mois à l'hôpital suburbain de Boston, à la suite de l'amygdalectomie. M. Wishart (Boston) que, sauf le cas mentionné par l'auteur, il n'a jamais observé de complications. Il croit que l'hémorragie n'est jamais abondante, à moins qu'il n'y ait une laceration considérable de muscle autour de la tonsille. Il se range entièrement à l'opinion de l'auteur que la tonsillectomie est une opération non pas de petite, mais de grande chirurgie. Le temps n'est pas loin, selon lui, où elle sera définitivement acceptée de tout le monde.

M. BECK (Chicago) mentionne un cas d'abcès du poumon qu'il considère comme dû à une énucléation de l'amygdale. Il rappelle aussi un cas de rash scarlatiniforme après tonsillectomie, admis au Cook County hospital. Le cas s'est compliqué de diphtérie ayant nécessité une trachéotomie. Ultérieurement on a découvert qu'il ne s'agissait pas du tout de scarlatine, mais que le rash s'observait quelquefois comme complication de l'amygdalectomie.

M. BRYAN (Washington) dit que le public devrait être renseigné que la tonsillectomie n'est pas une intervention banale, mais une opération aussi sérieuse que toutes les autres opérations de grande chirurgie; vu les nombreuses complications dont elle peut être suivie, quelques-unes de celles-ci peuvent être des plus sérieuses. De plus, il est d'avis que seul un opérateur dûment qualifié et convenablement équipé devrait pratiquer cette opération.

M. DELAVAN (New-York) cite le nom d'un pédiatre de cette ville qui a à son actif 800 cas d'ablations des amygdales et qui enlève toujours les tonsilles tuméfiées chez les enfants. Il blâme énergiquement cette pratique, surtout celle d'extirper des amygdales enflammées chez un enfant.

M. CASSELBERRY (Chicago) partage l'avis de ses confrères que bien peu de praticiens généraux ou de pédiatres sont qualifiés pour pratiquer l'opération de l'amygdalectomie et convenablement armés de moyens suffisants pour arrêter une hémorragie. Il

n'ignore pas que dans des cas tout à fait exceptionnels tels qu'un enfant hémophilique ou quand l'artère pharyngée ascendante est lésée par suite d'un trajet anormal de ce vaisseau, il peut être impossible, même avec le meilleur armement, d'arrêter l'hémorragie. Il est du devoir du laryngologiste de se protéger contre les accidents consécutifs à la tonsillectomie en se tenant prêt à tous les événements et en ayant toujours à sa portée des instruments et moyens nécessaires pour faire face à des accidents imprévus.

M. BALLENGER (Chicago) croit que M. Richardson a présenté la question sous un jour des plus sombres en se rapportant à la technique des premiers jours plutôt qu'à celle d'à présent qui est beaucoup plus perfectionnée. Tout en recommandant sa méthode, il n'est pas d'accord avec le Dr Sluder que celle-ci mettrait plus sûrement à l'abri d'une hémorragie grave que les autres procédés. Il croit que le plus sûr moyen d'enlever les amygdales est de les libérer d'abord par une dissection partielle et de se servir ensuite de l'anse, quoique même cette méthode puisse être suivie d'hémorragie. Il mentionne un cas, où, à la suite d'une tonsillectomie, il a eu à déplorer une septicémie générale dont le malade guérit seulement au bout de 6 mois. Il ne s'explique pas pourquoi la méthode de Sluder ne donne pas lieu à des hémorragies, sauf les cas où il l'exécute sous l'anesthésie éthérée; il croit que l'hémorragie qui en résulte est due à une augmentation de la pression sanguine provoquée par l'anesthésique plutôt qu'à la technique du procédé :

M. ROE (Rochester) appelle l'attention sur les mutilations de la gorge résultant de la tonsillectomie. Il a vu deux cas d'adhérence complète du voile du palais au pharynx, le voile ayant été enlevé au lieu de l'amygdale. Il cite un cas de mort d'un malade hémophilique auquel il enleva les amygdales; il n'y a pas eu d'hémorragie immédiate, mais ultérieurement eut lieu un suintement continu que rien n'a pu arrêter.

M. WINSLOW (Baltimore) expose sa façon de procéder pour se mettre à l'abri d'une hémorragie possible dans des cas de tonsillectomie. Il consiste à lier, au cours de la première opération, tout vaisseaux, tout fragment de muscle qui saigne. Cette manière de faire permet de remporter le malade dans son lit, le champ opératoire absolument sec et sans plus de crainte d'une hémorragie consécutive à une amygdalectomie qu'à une grosse opération abdominale. Selon lui, la septicémie est une complication rare, à moins qu'on n'ait infligé aux tissus un traumatisme inutile, et c'est pourquoi il préconise une méthode qui fait subir aux tissus un

minimum de traumatisme. Il a été souvent frappé par un état particulier après la tonsillectomie, les malades se plaignant d'une sensation de sécheresse dans la gorge qu'il ne pouvait s'expliquer ni soulager, cette sensation disparaît parfois avec le temps tandis que dans d'autres cas elle persiste.

M. SLUDER (Saint-Louis), en égard à la méthode qui porte son nom, appelle l'attention sur le fait qu'il avait recommandé l'emploi d'une lame émoussée tandis que le fabricant persiste à fournir l'instrument muni d'une lame effilée. Lui-même se sert d'une modification de cet instrument. Dans 300 cas d'enfants dont l'âge variait de 2 ans et demi à 13 ans, il mesurait la quantité de sang perdue par son procédé et la moyenne était de 70 centimètres cubes après l'ablation des amygdales et des adénoïdes. Au Saint-Louis Children's Hospital, où tous les vendredis 10 enfants environ sont opérés de leurs amygdales, on prend à tous un peu de sang pour s'assurer du moment de sa coagulation ; la piqûre est faite au même point dans le lobule de l'oreille et avec le même instrument ; et les mêmes moyens sont employés pour supputer le caillot. Cette façon de faire permet d'évaluer non seulement la quantité de sang qui provient d'une pareille piqûre mais encore le degré d'élasticité des vaisseaux de chaque individu. Il ne consent jamais à opérer un enfant dont le sang met plus d'une minute et demie à se coaguler. Il a refusé une fois d'opérer un cas semblable ; l'enfant a été dirigé vers un autre laryngologiste qui s'empressa d'enlever les tonsilles. Le malade eut une redoutable hémorragie à laquelle il a failli succomber. Aucun enfant n'est admis à être opéré, si sa température dépasse 37°,5.

WAGNER (San Francisco) relate un cas qui a été opéré des amygdales près de deux ans après une attaque de diphtérie. Un examen bactériologique fait des sécrétions de la gorge a donné un résultat négatif : aucun examen n'a été fait des sécrétions du nez. Or, à la suite de la tonsillectomie, le malade eut une angine diphtérique, l'inspeccion s'étant propagée d'un petit point nécrosé sur le cornet moyen qui donnait encore asile au bacille diphtérique. Il a adopté le procédé du Dr Winslow qui consiste à lier, au cours de l'opération les vaisseaux et les muscles qui saignent. Il ne croit pas que les résultats fournis par l'évaluation de la durée de formation du caillot méritent créance et, à l'appui, il cite le cas d'un garçon de 19 ans chez qui cette évaluation avait été trouvée satisfaisante ; malgré cela, il eut, après l'opération, une terrible hémorragie qui n'a été arrêtée que par l'emploi du sérum antidiphtérique.

CHENERY (Barton) cite le cas d'un homme de 35 ans opéré de ses amygdales dans un hôpital. Le malade, étant un alcoolique avéré, a été gardé en observation pendant plusieurs jours avant d'avoir été autorisé à rentrer chez lui. 42 heures après avoir quitté l'hôpital, il commença à saigner et l'hémorragie ne put être arrêtée qu'au bout de plusieurs heures.

HARMONT SMITH (New-York) dit que si l'on prend en considération le grand nombre de tonsillectomies pratiquées journellement, la mortalité paraîtrait extrêmement petite.

PIERRE (Chicago) croit que si l'on a soin de prendre les précautions nécessaires, la tonsillectomie est une opération pratiquement dépourvue de dangers entre les mains d'un opérateur expérimenté.

SHURLY (Détroit) cite un cas où antérieurement à l'opération et afin de se mettre à l'abri d'une hémorragie consécutive possible, il administra au malade du chlorure de calcium. Le jour même de l'opération, le malade eut la plus terrible hémorragie qu'il eût jamais vue dans sa pratique.

ANALYSES

I. — NEZ

Traitement du coryza et de ses complications, par LINDENMAYER
(*Berliner Klinik Wochensh.*, n° 47, 1912).

Ajoutons aux nombreux médicaments vantés pour le traitement du coryza la dionine. L'auteur de l'article, souffrant depuis 20 ans d'un coryza récidivant avec phénomènes d'irritation pharyngo-laryngée très pénible, use depuis quelque temps de la dionine prise à la dose de 0,03 (en tablettes Merck) 3 fois par jour. Le rhume de cerveau, dit l'auteur, est par ce traitement comme volatilisé.

LAUTMANN.

Contribution au traitement et au pronostic des sinusites périmaxillaires, par REUSCH (*Zeitsch. f. Laryng.*, t. IV, n° 6).

Ce travail, écrit sous l'inspiration de Uffenorde, ne peut plus nous apporter de renseignements nouveaux sur un chapitre auquel Uffenorde a déjà consacré une grande monographie (*Les Affections du sinus ethmoïdal*, 1907) et de nombreux articles analysés ici même. Nous connaissons les idées de Uffenorde sur l'anesthésie locale pour laquelle il déconseille le badigeonnage et pour laquelle il emploie soit le spray, soit l'application du tampon trempé dans la solution anesthésiante. Quant à l'anesthésie locale pour l'opération du sinus frontal d'après Killian, il la déconseille formellement, de même du reste que pour les opérations sur la mastoïde. Par contre, il recommande l'injection de scopolamine-morphine pour l'opération de Luc-Caldwell qu'on exécute toujours sous anesthésie locale. Si le cas est favorable on essaye d'opérer les deux côtés en une seule séance, mais sans en faire une règle. Plusieurs malades ont en une seule séance subi les opérations suivantes : résection sous-muqueuse de la cloison, curettage bilatéral de l'ethmoïde et résection des deux queues de cornet. Une fois on a même enlevé en même temps les adénoïdes. Généralement on a renoncé à tamponner les malades, même après résection sous-muqueuse.

Les sinusites aiguës sont soignées d'après les principes connus. Les sinusites maxillaires aiguës tenaces sont lavées tous les jours et, si au bout de trois semaines la guérison n'est pas obtenue, on fait un Luc-Caldwell. Dans la sinusite frontale aiguë, Uffenorde conseille de laver le cornet moyen vers la cloison. Souvent des maux de tête intolérables disparaissent immédiatement après. Autant que possible le cornet moyen doit être conservé, car son ablation est peu utile pour rendre l'ostium frontal accessible et peut être suivie de formation de croûtes très désagréables. Le traitement avec la caisse à lampe incandescente de Brunings n'est pas employé.

Nous avons assez souvent parlé des idées de Uffenorde sur l'ethmoïdite chronique pour ne pas avoir besoin de les rapporter de nouveau. Comme presque partout en Allemagne la sinusite maxillaire chronique est opérée d'après Luc-Caldwell. L'ouverture endo-nasale du sinus frontal pour guérison d'une suppuration chronique ne paraît pas recommandable. Quant aux résultats obtenus dans le traitement des différentes sinusites, ils peuvent être considérés comme excellents; ainsi, sur 275 cas d'ethmoïdite pour la plupart bilatérale, 242 cas ont été complètement guéris, c'est-à-dire il n'y a eu ni récurrence de polypes ni formation de croûtes dans la suite. Qu'on songe aux différentes cliniques où certains malades reviennent périodiquement pour se faire enlever les polypes qui d'après la nature des choses doivent récidiver! Nous répétons que ces résultats ont été obtenus par une intervention endo-nasale exécutée en une ou deux séances. Si, au nombre de 275 sinusites ethmoïdales, la statistique de Reusch n'oppose que 181 malades atteints de sinusite maxillaire, c'est le pourcentage qu'on observe dans la pratique où les sinusites ethmoïdales sont bien plus fréquentes que toutes les autres sinusites. Ces 181 cas, ont donné lieu à seulement 82 opérations de Luc-Caldwell, les autres cas ayant guéri par des lavages perméatiques. Comme toujours la statistique noire ne commence qu'avec l'opération de la sinusite frontale où sur 48 ouvertures, d'après Killian, il y a eu 2 cas de mort.

LAUTMANN.

La rhinite sèche post-opératoire, par E. P. FRIEDRICH (*Zeitsch. f. Laryng.*, t. IV, n° 3).

De temps en temps une voix s'élève pour demander grâce pour tous les cornets inférieurs et moyens qui sont sacrifiés, soit pour remédier à une obstruction nasale, soit pour donner accès aux

sinus suspects. Mais même la cautérisation de la muqueuse, qui à beaucoup de rhinologistes paraît encore chose anodine, peut être suivie de ce que le distingué professeur de Kiel appelle la rhinite sèche post-opératoire. A la suite des mutilations inutiles, le nez perd ses pouvoirs connus de filtrer, chauffer et humecter l'air inspiré et il s'établit à la longue un état qui, moins la fétidité, a tous les caractères de l'ozène atrophiant. Quelques observations très caractéristiques rapportées par Friedrich montrent comment les résultats immédiats excellents des opérations endo-nasales se terminent peu à peu pour mettre le malade dans un état aussi peu supportable après qu'avant l'opération.

LAUTMANN.

II. — LARYNX

Contribution à la clinique de la tuberculose du larynx, par LEWIS (Zeitsch. f. Laryng., t. IV, n° 4).

Dans ce très long article, l'auteur étudie les notions courantes de la tuberculose laryngée sur à peu près 180 malades observés à la clinique de Seifert. Nous voulons seulement nous arrêter à la partie qui concerne le traitement. On est frappé d'abord du grand nombre de malades qui après une seule consultation ont disparu, ensuite du peu de tendance à l'intervention chirurgicale qui règne à la clinique où la plupart des tuberculoses du larynx sont encore soignées par différents médicaments, employés localement. Une seule opération endo-laryngée semble jouir de la faveur, c'est l'amputation de l'épiglotte, qui a été exécutée cinq fois et a donné deux guérisons et deux améliorations. Le nombre des autres interventions endo-laryngées, y compris caustiques (un seul cas), est de treize, avec un cas de mort. Mentionnons aussi un cas d'amyloïde du larynx dont l'observation est rapportée en détail.

LAUTMANN.

Sur l'amputation de l'épiglotte dans la tuberculose du larynx, par JÖRGEN MÖLLER (Zeitsch. f. Laryng., t. IV, n° 4).

L'amputation de l'épiglotte est une opération relativement récente qui, dans des cas appropriés, peut être suivie des résultats les plus heureux. Les premiers dix cas opérés par Jörgen Möller et publiés

en 1908 en sont la preuve. Bien différents de ces premiers résultats sont ceux obtenus dans la série de 13 cas que Möller nous présente aujourd'hui où il nous est impossible de trouver un seul cas de guérison, mais où nous trouvons un cas de mort survenue déjà le lendemain de l'opération. L'auteur dit lui-même que ses résultats étaient meilleurs au début où il a été plus sévère dans ses indications qu'il avait formulées lors de sa première publication à ce sujet. Nous les répéterons ici : 1° la tuberculose est essentiellement localisée sur l'épiglotte ; 2° dysphagie causée très probablement par l'affection de l'épiglotte sans tenir compte du reste de l'affection laryngée ni pulmonaire ; 3° en l'absence de toute dysphagie et aussi en l'absence de toute affection pulmonaire, si l'épiglotte est atteinte par la tuberculose du larynx, nous voudrions ajouter que dans ce dernier cas l'amputation de l'épiglotte pourrait constituer un premier temps du traitement de la tuberculose laryngée si, avant l'amputation de l'épiglotte, l'inspection et le traitement du larynx ont été difficiles.

LAUTMANN.

Contribution au traitement opératoire de la tuberculose laryngée, par RUEDI (*Zeitsch. f. Laryng.*, t. IV, n° 4).

Ruedi exerce dans les conditions les plus favorables pour faire le traitement chirurgical dans la tuberculose laryngée, tous ses opérés se trouvent en traitement dans les différents sanatoria de Davos. La large destruction par le galvano-cautère est suivie d'une répercussion immédiate peu favorable sur l'état général. Ces réactions fâcheuses sont bien moins prononcées si on enlève toutes les infiltrations à la curette double et si on limite l'action du cautère à la destruction des parties périphériques seulement. La plupart des hémorragies ont été constatées après excision de la bande ventriculaire infiltrée. Pour éviter ces hémorragies, Ruedi conseille de commencer l'incision par le cautère en circonscrivant toute la partie destinée à être supprimée. On peut ensuite, sans crainte d'hémorragie, enlever à la curette toute la partie ainsi délimitée.

LAUTMANN.

Sur les interventions chirurgicales dans la tuberculose laryngée, par GLUCK ET SOERENSEN (*Zeitsch. f. Laryngology* (t. IV, n° 3).

Pour mieux comprendre les idées qu'ont Gluck et Soerensen sur la valeur du traitement chirurgical, par voie externe, de la laryn-

gite tuberculeuse, il faut se rappeler que ces auteurs se sont pour ainsi dire spécialisés dans la chirurgie du larynx, et qu'une affection bien plus terrible que la tuberculose leur a donné une habitude de ces opérations qui, pour le moment au moins, les met en tête de tous les chirurgiens du larynx. Ceci dit, il est tout particulièrement important de souligner l'opinion de Gluck d'après laquelle il déconseille d'opérer *chaque* cas de laryngite tuberculeuse. Il admet des contre-indications pour l'opération dont la plupart sont données par l'état des poumons et la marche de la maladie. Une autre contre-indication est donnée par l'état de la trachée surtout et de la cavité bucco-pharyngée. Si la muqueuse trachéale n'est pas intacte ou s'il se trouve des ulcérations dans la cavité buccale, sur la langue, dans la trachée, mieux vaut s'abstenir. Enfin, il ne faut pas attaquer par voie externe des laryngites tuberculeuses qui veulent guérir par des moyens autres plus simples, y compris les interventions endolaryngées.

Les interventions par voie externe sont la trachéotomie, la laryngofissure et l'extirpation du larynx.

La trachéotomie comme moyen curateur de la tuberculose laryngée est fortement discutée. Pour éviter les mécomptes avec la trachéotomie il faut se diriger d'après les lésions du larynx. La trachéotomie ne peut être d'aucune utilité au point de vue de la guérison des lésions du larynx si ces lésions sont très étendues, si la charpente cartilagineuse est attaquée. Par contre, nous pouvons nous attendre, après trachéotomie, à une guérison si l'état général du malade est bon, les lésions pulmonaires pas trop prononcées et si toutes les lésions du larynx consistent en infiltrations et ulcérations de la muqueuse. Dans ces cas, la mise au repos de l'organe, la suppression du passage des sécrétions pulmonaires par le larynx, l'aération améliorée des poumons sont les trois facteurs principaux de la guérison.

La laryngofissure a un mauvais bilan dans toutes les statistiques. Pour elle un ensemble de conditions doit exister qui fait que l'indication pour la laryngofissure dans la laryngite tuberculeuse est relativement rare. Une marche torpide de l'affection où l'ulcération et la fonte du tissu sont rares, par contre où le processus a une tendance à la formation d'infiltrations épaisses, de tumeurs, de granulations, voire même de cicatrices résultant d'anciennes infiltrations caractérise les cas dans lesquels la laryngofissure est indiquée, à condition que la voie endolaryngée n'amène pas au but, soit parce que les lésions sont trop étendues ou que la réaction est trop forte. Si l'on se décide à la laryngofissure, il faut bien entendu,

enlever radicalement ce qui est malade et immédiatement exécuter une greffe avec un lambeau pris sur la peau recouvrant le larynx. Pour maintenir le lambeau on tapisse l'intérieur du larynx avec un tampon à la Mikuliez et une canule cylindrique remplissant entièrement la lumière du larynx.

Reste l'extirpation du larynx. Chiari considère la résection soit partielle, soit totale du larynx tuberculeux comme un non-sens. Telle n'est pas l'opinion de Gluck. Quant à la question du danger, Gluck prétend que cette opération n'en comporte pas, puisque sur 22 malades chez lesquels le larynx tuberculeux a été extirpé, un seul est mort du fait de l'opération. Tous les autres ont survécu à l'opération pendant des semaines et des mois. Quant à la possibilité de guérir les malades, Gluck en compte plusieurs chez lesquels on peut parler d'une guérison radicale à la suite de l'opération. Pour bien comprendre la valeur de ces succès, il faut se rappeler que ces malades étaient perdus sans l'opération.

Gluck n'est pas un ami des statistiques, mais puisqu'il en apporte pour une fois une, résumons-la. Les opérations susnommées ont été exécutées 34 fois de la façon suivante.

Trachéotomie	7 fois
Laryngofissure avec plastique	5 fois
Hémi-résection du larynx	2 fois
Extirpation totale	20 fois

Des 7 malades trachéotomisés aucun n'est mort de l'opération. Deux cas en cours de traitement paraissent améliorés, un malade est mort 6 mois après l'opération. Chez deux autres malades, la trachéotomie a amené une guérison de la laryngite, mais les malades sont morts 2 ans et 1 an 1/4 après l'opération. Reste un malade ayant survécu, depuis 9 ans, à la trachéotomie avec laryngite entièrement guérie.

La laryngofissure a donné des résultats brillants. Chez un seul malade sur les cinq, la maladie n'a pas été arrêtée. Les quatre autres malades sont guéris depuis 14, 11 et 8 ans. Il faut se rappeler les indications spéciales dans lesquelles Gluck fait la laryngofissure.

L'hémi-résection exécutée sur deux malades a donné deux guérisons se maintenant depuis 17 et 9 ans.

Reste l'extirpation totale du larynx exécutée sur 20 malades. Voici les indications dans lesquelles Gluck conseille l'extirpation totale du larynx tuberculeux : a) ulcérations très étendues et très profondes de la muqueuse ; b) la périchondrite compliquée de nécrose

gite tuberculeuse, il faut se rappeler que ces auteurs se sont pour ainsi dire spécialisés dans la chirurgie du larynx, et qu'une affection bien plus terrible que la tuberculose leur a donné une habitude de ces opérations qui, pour le moment au moins, les met en tête de tous les chirurgiens du larynx. Ceci dit, il est tout particulièrement important de souligner l'opinion de Gluck d'après laquelle il déconseille d'opérer *chaque* cas de laryngite tuberculeuse. Il admet des contre-indications pour l'opération dont la plupart sont données par l'état des poumons et la marche de la maladie. Une autre contre-indication est donnée par l'état de la trachée surtout et de la cavité bucco-pharyngée. Si la muqueuse trachéale n'est pas intacte ou s'il se trouve des ulcérations dans la cavité buccale, sur la langue, dans la trachée, mieux vaut s'abstenir. Enfin, il ne faut pas attaquer par voie externe des laryngites tuberculeuses qui veulent guérir par des moyens autres plus simples, y compris les interventions endolaryngées.

Les interventions par voie externe sont la trachéotomie, la laryngofissure et l'extirpation du larynx.

La trachéotomie comme moyen curateur de la tuberculose laryngée est fortement discutée. Pour éviter les mécomptes avec la trachéotomie il faut se diriger d'après les lésions du larynx. La trachéotomie ne peut être d'aucune utilité au point de vue de la guérison des lésions du larynx si ces lésions sont très étendues, si la charpente cartilagineuse est attaquée. Par contre, nous pouvons nous attendre, après trachéotomie, à une guérison si l'état général du malade est bon, les lésions pulmonaires pas trop prononcées et si toutes les lésions du larynx consistent en infiltrations et ulcérations de la muqueuse. Dans ces cas, la mise au repos de l'organe, la suppression du passage des sécrétions pulmonaires par le larynx, l'aération améliorée des poumons sont les trois facteurs principaux de la guérison.

La laryngofissure a un mauvais bilan dans toutes les statistiques. Pour elle un ensemble de conditions doit exister qui fait que l'indication pour la laryngofissure dans la laryngite tuberculeuse est relativement rare. Une marche torpide de l'affection où l'ulcération et la fonte du tissu sont rares, par contre où le processus a une tendance à la formation d'infiltrations épaisses, de tumeurs, de granulations, voire même de cicatrices résultant d'anciennes infiltrations caractérise les cas dans lesquels la laryngofissure est indiquée, à condition que la voie endolaryngée n'amène pas au but, soit parce que les lésions sont trop étendues ou que la réaction est trop forte. Si l'on se décide à la laryngofissure, il faut bien entendu,

enlever radicalement ce qui est malade et immédiatement exécuter une greffe avec un lambeau pris sur la peau recouvrant le larynx. Pour maintenir le lambeau on tapisse l'intérieur du larynx avec un tampon à la Mikuliez et une canule cylindrique remplissant entièrement la lumière du larynx.

Reste l'extirpation du larynx. Chiari considère la résection soit partielle, soit totale du larynx tuberculeux comme un non-sens. Telle n'est pas l'opinion de Gluck. Quant à la question du danger, Gluck prétend que cette opération n'en comporte pas, puisque sur 22 malades chez lesquels le larynx tuberculeux a été extirpé, un seul est mort du fait de l'opération. Tous les autres ont survécu à l'opération pendant des semaines et des mois. Quant à la possibilité de guérir les malades, Gluck en compte plusieurs chez lesquels on peut parler d'une guérison radicale à la suite de l'opération. Pour bien comprendre la valeur de ces succès, il faut se rappeler que ces malades étaient perdus sans l'opération.

Gluck n'est pas un ami des statistiques, mais puisqu'il en apporte pour une fois une, résumons-la. Les opérations susnommées ont été exécutées 34 fois de la façon suivante.

Trachéotomie	7 fois
Laryngofissure avec plastique	5 fois
Hémi-résection du larynx	2 fois
Extirpation totale	20 fois

Des 7 malades trachéotomisés aucun n'est mort de l'opération. Deux cas en cours de traitement paraissent améliorés, un malade est mort 6 mois après l'opération. Chez deux autres malades, la trachéotomie a amené une guérison de la laryngite, mais les malades sont morts 2 ans et 1 an 1/4 après l'opération. Reste un malade ayant survécu, depuis 9 ans, à la trachéotomie avec laryngite entièrement guérie.

La laryngofissure a donné des résultats brillants. Chez un seul malade sur les cinq, la maladie n'a pas été arrêtée. Les quatre autres malades sont guéris depuis 14, 11 et 8 ans. Il faut se rappeler les indications spéciales dans lesquelles Gluck fait la laryngofissure.

L'hémi-résection exécutée sur deux malades a donné deux guérisons se maintenant depuis 17 et 9 ans.

Reste l'extirpation totale du larynx exécutée sur 20 malades. Voici les indications dans lesquelles Gluck conseille l'extirpation totale du larynx tuberculeux : a) ulcérations très étendues et très profondes de la muqueuse ; b) la périchondrite compliquée de nécrose

du cartilage ou abcès, fistule; c) tuberculomes très étendus; d), ulcérations et infiltrations de l'entrée du larynx accompagnées de dysphagie violente. Par-dessus ces indications doit probablement planer l'indication suprême du traitement conservateur, y compris interventions endo-laryngées essayées sans succès. En tenant compte de l'état de cachexie dans lequel ces malades se trouvent, les résultats de Gluck doivent être considérés comme merveilleux. Un seul malade est mort du fait de l'opération, deux semaines plus tard. Sur les 19 malades pas moins de 7 sont guéris depuis 12, 4 1/2, 4 et 3 ans, tandis que chez deux, malgré la guérison du larynx, la mort est survenue au bout de 2 ans, du fait des progrès de la tuberculose pulmonaire. Enfin restent 12 malades qui n'ont pas profité de l'opération mais qui ont survécu suffisamment pour que Gluck puisse affirmer que les tuberculeux bien choisis supportent l'extirpation totale du larynx.

LAUTMANN.

Le traitement de la tuberculose des voies respiratoires supérieures par la tuberculine, par BLUNIEUFELD (*Zeitsch. f. Laryng* t. IV, n° 4),

Il est très difficile de se faire une idée sur la valeur pratique du traitement par la tuberculine, non seulement dans la tuberculose en général, mais surtout dans la tuberculose pulmonaire. La grande majorité des spécialistes est à l'heure actuelle encore indifférente à ce traitement, cependant qu'il y a des publications absolument enthousiastes. Blumenfeld, qui résume quelques-unes de ces statistiques, ne nous paraît pas être très fervent partisan de ce traitement, qu'on appelle du reste à tort spécifique, parce que, de l'avis des plus éminents phthisiothérapeutes, la tuberculine n'a aucune action spécifique mais exerce seulement son action sur le relèvement de l'état général. Quoi qu'il en soit, Blumenfeld dit qu'il ne peut pas apporter une grande statistique des cas guéris. Du reste, dit-il, si on parle de 50 à 60 p. 100 de guérisons de la laryngite tuberculeuse on se trompe absolument sur ce qu'est la laryngite tuberculeuse. Quant à la tuberculine, c'est très rare qu'on l'emploie seule d'où une autre difficulté de se rendre un compte exact de sa valeur. Cependant Blumenfeld a observé 4 cas d'ulcérations tuberculeuses du larynx dans lesquels curettage, cautérisations, acide lactique, etc., essayés tour à tour n'ont pas apporté d'amélioration et qui enfin ont guéri par la tuberculine. Si Blumenfeld devait résumer son impression sur la valeur de la tuberculine dans le traitement

de la tuberculose laryngée, il serait obligé de dire que la tuberculine à elle seule est de peu d'utilité. Pour lui la tuberculose laryngée doit être considérée comme uniquement justiciable d'un traitement chirurgical.

LAUTMANN.

Sur le traitement par la tuberculine dans la tuberculose pulmonaire surtout dans l'enfance par SIMON (*Zeitsch. f. Laryng.* t. n° IV).

Ce travail est typique pour une quantité de publications traitant de la valeur de la tuberculinothérapie. On trouve d'abord une longue dissertation sur la façon dont la tuberculine agit, avec rappel de toutes les théories, l'une plus hypothétique que l'autre. Ensuite rappel des différentes méthodes du traitement, celle provoquant de petites réactions et l'autre à dose homéopatique, évitant soigneusement toute réaction, et enfin on cite les différents auteurs et leurs résultats. Seulement à la fin du travail nous apprenons en quelques lignes que l'auteur a aussi essayé de la tuberculine, mais nous ne trouvons aucune observation détaillée, rien qui puisse nous permettre de nous faire une idée des conditions dans lesquelles la tuberculine peut être utile et à quel degré. Pour terminer, Simon nous rappelle que la base du traitement de la tuberculose est encore, à l'heure qu'il est, la méthode hygiéno-diététique et quant aux lésions locales, l'intervention chirurgicale. On pourra laisser à la tuberculine une place d'auxiliaire dans le traitement.

LAUTMANN.

Sur les sténoses des voies respiratoires supérieures dues au goitre, par HOLSCHER (*Archiv. f. Laryng.* t. XXV n° 2).

C'est le travail d'un chirurgien dans lequel il est tenu peu compte de nos procédés d'examen direct. Dans les 17 cas rapportés par Hölcher, la compression de la trachée a été diagnostiquée surtout par la dyspnée et le tirage qui ont été l'indication pour l'opération. Hölcher conseille d'opérer sans anesthésie générale. Si le cas de goitre est compliqué, l'anesthésie locale rend pénible l'intervention. Il faut associer à l'éther l'injection de morphine-scopolamine. Sous anesthésie générale l'opération se laisse très rapidement exécuter. Dans 8 minutes un goitre même plongeant de 7 à 8 centimètres de diamètre peut être extirpé. Braun, auquel on ne peut pas dénier une certaine compétence en la matière, ne veut plus opérer les goîtres

sous anesthésie locale depuis qu'il a eu un cas de mort à déplorer, dû uniquement à l'anesthésie locale.

LAUTMANN.

Le diagnostic précoce des tumeurs du poumon, par EPHRAÏM (Berlin, *klinisch Wochensch.*, n° 23, 1912).

Ce n'est pas l'effet d'un hasard que ce soient les laryngologistes qui les premiers aient diagnostiqué et opéré les tumeurs des bronches. Eicken, le premier, a enlevé un ecchondrome des bronches; Nager, et Mann ont chacun diagnostiqué un cancer des bronches et enlevé des parties pour biopsie. Le cas de Guisez est connu. Enfin Kuhler, à lui seul, a enlevé deux carcinomes et un myxosarcome de la bronche droite. La sûreté avec laquelle le bronchoscopiste pose maintenant le diagnostic de cancer des bronches égale et même dépasse celle avec laquelle on pose le diagnostic des cancers d'autres régions. Ni le sens clinique le plus affiné, ni la radiographie ne permettent d'atteindre la précision que donne la bronchoscopie. Ephraïm à lui seul rapporte 4 cas de tumeurs primaires des bronches, ce qui, vu la rareté de ces tumeurs, prouve l'importance de la bronchoscopie dans tous les cas obscurs d'affections thoraciques. La lecture de ces 4 cas est surtout intéressante si l'on s'occupe de bronchoscopie. Mais, même au point de vue de la pratique journalière, le cas suivant peut être rapporté.

Un homme de 47 ans tousse depuis 5 à 6 ans. Il y a 2 ans et demi il a eu la première hémoptysie qui depuis est apparue à des intervalles de plus en plus rapprochés. Depuis un an à peu près, le malade a une expectoration abondante mais non fétide. Un clinicien des plus réputés a diagnostiqué l'existence d'une bronchite chronique, probablement avec bronchiectasie, vu l'absence du bacille de Koch et de toute constatation pathologique par les rayons X. Pour soigner cette bronchite chronique, le malade s'adresse à Ephraïm qui le soumet à son traitement endo-bronchique que nos lecteurs connaissent (voir les analyses). A la bronchoscopie on voit une bronche gauche tout à fait normale. Dans la bronche droite on voit une sécrétion abondante et, à 34 centimètres de l'arcade dentaire, des granulations rougeâtres. On songe à un corps étranger, sans en trouver un. On enlève de ces granulations pour un examen histologique. Cinq jours plus tard, la séance bronchoscopique est renouvelée. Cette fois-ci on entre en plein dans les granulations, dont on enlève de nouveau pour biopsie. On provoque une hémorragie violente qui ne s'arrête qu'avec un attouchement

à l'acide chromique. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un cancer, probablement cylindrome. Le traitement endo-bronchique est continué. La tumeur a pu être excisée presque en totalité. En tout cas, le malade s'est amélioré; l'expectoration, rebelle jusqu'à présent à tous les traitements, a presque entièrement disparu, l'hémorragie n'est plus revenue. Cette observation montre non seulement qu'actuellement il est possible de diagnostiquer les tumeurs des bronches à une période précoce, mais elle montre aussi que le traitement endo-bronchique a une grande valeur, tout au moins au point de vue symptomatologique.

LAUTMANN.

PHARYNX ET DIVERS

Sur l'ablation des amygdales par l'énucléation digitale, par FOSTER
(*Journal of ophthalmology otology, laryngology*, n° 4, 1912).

Quoique peut-être pas inconnue à nos lecteurs nous voulons reproduire la technique qui a permis à Foster de faire en moins de 2 minutes l'énucléation totale des amygdales dans 4500 cas sans le moindre inconvénient ni même hémorragie notable. Anesthésie à l'éther, introduction d'un ouvre-bouche, tête dans la position de Rose fixée par un assistant. L'index droit est introduit entre amygdale et pilier antérieur et sépare rapidement ce pilier de la capsule de l'amygdale. S'il existe des brides, un certain développement de force est nécessaire pour les déchirer. Le doigt sépare totalement l'amygdale en glissant en haut et en arrière et pousse l'amygdale en avant pour séparer son pédicule. Si le pédicule n'est pas trop épais, l'index et le pouce arrivent à énucléer l'amygdale, sinon il faut passer une anse autour du pédicule. Ensuite la tête est rapidement baissée sur la poitrine pour laisser écouler le sang. Pas de tampon ni d'éponge. On fait l'énucléation ensuite de l'amygdale gauche avec l'index gauche de la même façon que précédemment. Pour terminer pas de lavage.

LAUTMANN.

Sur le phlegmon rétro-œsophagien dû à des corps étrangers, par KAREWSKI (*Berlin. klinische Wochensh.*, n° 22, 1912).

Beaucoup de chirurgiens n'attachent pas à l'entrée d'un corps étranger dans l'œsophage toute l'importance que mérite cet accident.

Depuis l'entrée de l'œsophagoscopie et de la rôtgenologie dans la pratique médicale, le danger de cet accident peut être, dans beaucoup de cas, conjuré. Mais, même quand un examen méthodiquement conduit nous fait diagnostiquer l'absence d'un corps étranger, tout danger n'est pas conjuré et le malade ne reste pas libre de toute sensation dans les semaines qui suivent l'accident.

Ces considérations découlent de deux observations dont nous allons rapporter la plus caractéristique.

Un homme bien portant a la sensation qu'un os de poulet s'est arrêté dans sa gorge. Il consulte quelques heures après l'accident. La laryngoscopie ne donne rien, les rayons X, une ombre floue dans la région de la crosse de l'aorte, et un sondage de l'œsophage reste négatif. Comme, après le sondage, le malade s'est senti soulagé, on a remis l'œsophagoscopie au lendemain. Le lendemain et les jours suivants, le malade avait un peu de fièvre, des douleurs dans la région du cou à gauche, surtout aux mouvements de la tête. Une semaine après l'accident le malade se sentait relativement bien, à part une sensation vague dans la gorge. Pendant quinze jours le malade vague à ses occupations et ce n'est que le vingt-deuxième jour après l'accident que le malade, se trouvant en tournée d'affaires, consulte de nouveau. On diagnostique à Baden-Baden une pharyngite. « Cette pharyngite » ne voulant pas guérir, le malade ne pouvant plus rien avaler, même pas de liquide, rentre à Berlin, où Karewski constate l'état suivant. Température 38,8. Respiration stridoreuse, cou large, mais pas de traces d'œdème, sensibilité à la pression à gauche, mouvements de la tête possibles quoique douloureux, pharynx rouge, tuméfaction de la paroi postérieure de l'hypopharynx. Diagnostic : abcès rétro-œsophagien. Incision par voie externe, préparation couche par couche. On tombe sur un abcès fétide, établi autour d'un petit morceau de fil de fer fixé dans l'aponévrose prévertébrale, au niveau de la première vertèbre dorsale. Pas de communication avec l'œsophage. Guérison.

LAUTMANN.

Trois cas de lupus de la langue. par STRANDBERG (*Berlin. klinisch. Wochens.*, n° 23, 1912).

Autant la tuberculose de la langue est fréquente, autant le lupus est rare. Strandberg nous rapporte trois observations dont nous voulons, vu l'intérêt des cas, résumer les parties importantes. Dans la première observation, concernant un homme de 24 ans, avec lupus tout à fait caractéristique de la face, la langue présente l'aspect suivant. Sur le tiers moyen on voit une infiltration cons-

tituée par de petits nodules de la grosseur d'une tête d'épingle à un petit pois. Entre ces nodules qui ne sont pas ulcérés on constate des fissures. Un autre noyau lupique se trouve sur le bord gauche de la langue. L'affection n'est pas douloureuse, la mobilité de la langue est conservée, le malade parle et mange bien.

La deuxième observation a trait à une jeune fille de 22 ans également atteinte de lupus caractéristique. Chez elle l'affection de la langue a débuté par quelques petites granulations isolées qui longtemps n'ont rien présenté de caractéristique à l'examen histologique. Cinq ans après le début, l'affection occupait une large partie de la moitié droite de la langue. A l'endroit malade, la langue est infiltrée, irrégulière, couverte par endroits de toutes petites ulcérations. Eparpillés par-ci par-là sur la langue, sont de petits nodules comme des têtes d'épingles. Entre les nodules se trouvent des fissures portant également de petites ulcérations. Les bords de la langue sont libres et mous, tandis que le reste de la langue est dur et globuleux. Pas de douleurs. Enfin dans la troisième observation, nous rencontrons de nouveau une jeune fille lupique chez laquelle le lupus de la langue s'est également développé très lentement. Au moment de l'examen la langue paraît raccourcie parce que le bout de la langue manque. Tout le tiers antérieur de la langue est un conglomerat de nodules lupiques, de fissures et d'ulcérations gris jaunâtre. Par endroits la langue est atrophiée, cicatrisée. Ici l'affection est un peu douloureuse.

Ces descriptions montrent que dans les cas typiques le diagnostic ne doit pas être difficile. Le lupus bien caractérisé du nez, de la joue, de la bouche, du larynx, mettra sur la voie. L'absence de douleurs, la coexistence des nodules, d'ulcérations de petites dimensions, voire même de parties atrophiées, c'est-à-dire cicatrisées, permettra de différencier cette affection d'avec la tuberculose, la syphilis, les deux principales maladies qui entrent en ligne de compte.

LAUTMANN.

Statistique du fonctionnement de la clinique oto-rhino-laryngologique de l'hôpital d'Édimbourg (Service de Logan Turner), par FRASER et MILNEDICKIE (*Journal of Laryngology*, 1912, n^{os} 3-4).

Personne, disent nos auteurs, ne devrait publier des observations de guérison opératoire de labyrinthites, thrombose du sinus, méningites, abcès du cerveau, s'il ne peut pas en même temps établir le nombre total des cas analogues observés et opérés par lui et leur mortalité. Quant au service de Logan Turner, nos au-

teurs y ont relevé 123 cas d'affections auriculaires nécessitant l'opération, pour la dernière année, qui se répartissent de la façon suivante. Sur 32 cas dans lesquels on a fait l'ouverture de la mastoïde, 5 fois la mort est survenue. Ce pourcentage énorme s'explique facilement si on lit les observations. Dans un cas, on a ouvert la mastoïde et enlevé les amygdales et les adénoïdes. Ce cas s'est terminé par la septicopyémie. Dans un autre cas on a essayé le pansement de la brèche mastoïdienne d'après la méthode américaine, par le cogulum. Ce cas s'est terminé par la méningite. Dans un autre cas, la mort était due au chloroforme. Enfin, dans un cas la labyrinthite préexistante à l'opération a occasionné la mort probablement. Par la radicale classique ou modifiée ont été opérés 78 cas. Ici il est intéressant de constater que l'audition a été améliorée dans 45 cas et diminuée dans 3 cas seulement.

La mortalité est dans les hôpitaux, toutes proportion gardées, plus élevée que dans la clientèle privée, parce que c'est surtout dans les hôpitaux que les cas négligés se rencontrent. La mortalité opératoire restera toujours élevée pour un grand service d'otologie si on ne laisse pas mourir les malades médicalement de leur méningite et si au contraire on essaye de la dernière chance qu'offre l'opération. Dans les cas de labyrinthite compliquée de méningite le mieux est d'enlever le limaçon en totalité, d'ouvrir ainsi largement le conduit interne pour obtenir un bon drainage. Dans les cas d'abcès du cervelet qui ne s'améliorent pas vite après ouverture et drainage, ne pas oublier de songer à la possibilité d'un autre abcès.

LAUTMANN.

La pâte de bismuth dans les suppurations chroniques du nez. des sinus et des oreilles, par J. C. BECK (*Laryngoscope*, n° 11, 1910).

Il n'existe plus de chirurgiens qui ne doivent à la pâte de bismuth des guérisons, surtout des fistules tuberculeuses. Beck nous recommande ce procédé et nous en décrit aussi la technique.

On sait qu'il existe deux formules employées par les chirurgiens et indiquées toutes deux par Beck. Dans la première formule, la plus employée, il entre 33 p. 100 de sous-acétate de bismuth sur 67 p. 100 de vaseline. La deuxième formule est la suivante :

Sous-acétate de bismuth.....	33 p. 100
Vaseline.....	60 p. 100
Cire blanche.....	5 p. 100
Paraffine.....	5 p. 100

Pour exécuter les injections, il faudra se munir de la seringue spéciale à laquelle on peut ajouter les différents embouts nécessaires. Cette seringue ne nous paraît pas absolument indispensable, au moins pour quelques-unes des interventions que nous allons énumérer maintenant. Dans la sinusite maxillaire, on fait une ponction par la méthode ordinaire sans irriguer le sinus au préalable; on ajoute au trocart la seringue remplie de la pâte de bismuth et on injecte autant qu'on peut dans le sinus. Pour éviter la sortie de la pâte injectée dans le méat moyen, on bourre ce passage avec du coton. Si le sinus maxillaire est déjà ouvert, on se sert évidemment de la fistule pour l'injection. Il est évident qu'on ne peut pas faire une injection dans l'ethmoïde, mais après curetage de ce sinus on peut faire le pansement en injectant, de la pâte dans la cavité créée. Pour fermer le cavum, le malade doit pendant l'injection articuler constamment le mot kiek. Il faut aussi avec l'embout olivaire à travers lequel passe la canule fermer la narine. Pour ces injections on se sert plutôt de la deuxième formule. Ce pansement active très efficacement la guérison. Si l'on peut cathétériser le sinus frontal, il faut essayer d'injecter la pâte de Beck dans la sinusite frontale. De même pour la sinusite sphénoïdale. Pour l'oreille, Beck recommande de la même façon l'emploi de la pâte dans l'otite externe. Après antrotomie, on peut faire un pansement immédiatement après l'opération ou, quand la sécrétion a diminué, remplacer le pansement ordinaire par la pâte au bismuth ou des bandes de gaze trempées dans cette pâte, huit ou dix jours plus tard. De même après un évidement on raccourcira le temps de l'épidermisation par l'emploi de la pâte de bismuth.

Cette pâte trouve son emploi aussi comme pansement antiputride, antiphlogistique, après les cautérisations du cornet, après la turbinotomie et même pour arrêter l'épistaxis. Dans une seule rhinopathie son emploi offre peu d'avantages: c'est dans l'ozène.

LAUTMANN.

NÉCROLOGIE.

GEORGES GELLÉ

(1863-1913)

La mort de Georges Gellé fut une chose soudaine. Le 5 décembre, nous apprenions avec étonnement qu'une crise cardiaque, éclatant la nuit précédente, venait d'enlever notre ami en quelques heures. La veille encore, sa figure souriante, son allure franche et cordiale exprimaient la joie de vivre : fausse joie dont il eut le courage de garder le masque jusqu'à la dernière alerte.

Georges Gellé meurt à cinquante ans. Fils et disciple du grand auriste français, il apprit d'abord de son père à vénérer la clinique ; et il lui dut d'échapper à la séduction dangereuse d'une spécialisation précoce. N'est-ce pas parce que l'admirable carrière de notre maître Gellé a commencé par les difficultés d'une clientèle de quartier, que ses travaux portent la précieuse empreinte du bon sens clinique ; seule qualité que monopolise encore notre médecine, dernier reste de sa gloire qu'elle devrait conserver religieusement ! Aussi, en 1892-1893, il fut interne à la Pitié, puis à Saint-Louis ; il n'y cautérisa pas des cornets, mais il y soigna des cholériques et gagna ainsi la médaille des épidémies.

Cependant, vers 1894, les exigences de la vie l'obligèrent à renoncer au dur concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris. Et il inaugura sa carrière par une thèse consacrée à l'étude des *Pressions Centripètes de Gellé*. A une époque où la cure des suppurations d'oreille faisait dévier l'otologie vers la chirurgie générale, il maintenait héréditairement la tradition de notre spécialité, qui a le devoir de guérir la surdité.

Pendant sept années, il travailla sous la direction de son père à la Salpêtrière, dans le service du Professeur Charcot, puis du professeur Raymond. Entre temps, de 1894 à 1896, il fut l'hôte laborieux d'une clinique oto-rhino-laryngologique que j'avais ouverte avec mon ami Helme. On y accédait rue d'Aboukir. Un porche où pendaient des enseignes disparates, dont était la nôtre, menait dans une cour grasse. Tout au fond, sur un carré obscur s'amorçait la spirale d'un escalier que les sourds gravissaient mélancoliquement et que nous escaladions avec enthousiasme. Au troisième étage se tenait notre petite académie, souvent présidée par Gellé père. Le luxe y était inconnu ; une simple marmite, pleine d'eau de soude, représentait l'asepsie. Mais on se débrouillait, et quand une chose manquait, on y suppléait par de l'ingéniosité. C'était, à sa manière, un campement de l'époque héroïque de la jeune oto-rhino-laryngologie ; quand les Luc, les Lubet Barbon, les Chatellier, sourds aux railleries magistrales, prouvaient le mouvement en marchant. Heureux temps de luttes ardentes, de bonnes rivalités... ; nous nous unissions cependant pour forcer les barrières

de l'avenir, vers le mirage de l'otologie triomphant enfin dans l'albâtre des ripolins et l'étincellement des nickels stérilisés !

Plus tard, Georges Gellé affirma son individualité comme chef des travaux rhinologiques à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Il y prit part aux Cours de perfectionnement que dirige le Professeur de Lapersonne, lequel, le jour de ses obsèques, lui apporta le témoignage ému de sa gratitude. « Quand je demandai à Georges Gellé de devenir mon collaborateur, nous dit-il, je ne le connaissais pas : mais je savais quelle hérédité de probité scientifique et de valeur professionnelle il nous apportait, et j'étais assuré que ces fonctions nouvelles seraient bien remplies. Pendant douze ans, il a affirmé l'union intime qui doit exister entre nos deux sciences, par les soins dévoués qu'il prodiguait à nos malades, par les enseignements diagnostics, frappés au coin du meilleur esprit clinique, qu'il nous fournissait à chaque instant, par l'enseignement si vivant qu'il donnait à nos élèves.

« Mais, au-dessus même de ses qualités scientifiques, nous admirions et nous aimions en Georges Gellé la droiture de son caractère, et, sous des dehors de bonté accueillante, de modestie exagérée, presque de timidité, la sûreté de son affection et son attachement profond à ceux à qui il s'était donné. »

Georges Gellé eut mieux encore que la sympathie de ses maîtres : il sut gagner l'estime de ses collègues qui le portèrent successivement en 1906 à la présidence de la *Société de Laryngologie de Paris* et en 1912 à la présidence envoyée de la *Société Française d'Otologie et de Laryngologie* et son amabilité lui avait valu d'être nommé expert près le tribunal civil de la Seine.

C'est au moment où il voyait enfin ses efforts justement couronnés de succès, où il allait récolter quelque fruit de son labeur, jouir du « repos à l'ombre du hêtre » où tendent nos désirs intimes, qu'il a été terrassé par un mal dont il avait senti les premières atteintes, trois ans auparavant. Certes il ne se dissimulait pas la gravité de sa situation, mais il avait la suprême coquetterie de la taire aux siens. Il pensait qu'il se sentirait amoindri si quelque traitement lui imposait sa discipline. Ainsi il conservait l'illusion de la santé. Et sans s'être arrêté un seul jour, malgré certaines heures de terrible souffrance et d'angoisse, il tomba comme il le souhaitait, après une journée de travail, avant le soir d'une belle vie. Il meurt laissant une femme et une fille à laquelle vont nos douloureuses sympathies ; et surtout nous pensons au père, au maître, au doyen de l'otologie française, que tout respecte, même la mort, et qui maintenant connaît les deux faces de l'extrême vieillesse, la gloire et l'isolement.

M. LERMOYEZ.

SOTA Y LASTRA

Le doyen des laryngologistes espagnols, Sota y Lastra est mort à l'âge de quatre-vingt un ans. Il fut jadis, en compagnie d'Ariza, un des pionniers qui introduisirent sur la terre d'Espagne notre spécialité naissante. Les attaques auxquelles il fut alors en butte n'ébran-

lèrent pas sa foi sincère dans l'avenir des nouveaux procédés d'exploration des premières voies aériennes : et pour faire triompher ses idées, il fonda la célèbre école de Médecine libre de Séville.

De ses travaux les plus connus est son étude de la *Lèpre du Larynx*; son autorité en cette matière était mondiale.

ROBLES

Nous apprenons également la mort de notre jeune confrère espagnol Robles, qui succomba au moment où il allait recueillir le fruit de sérieuses études oto-laryngologiques faites dans les cliniques parisiennes.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

Die Städtische Ohrenklinik Frankfort a. M., par le Pr O. Woss; Curt Kabitzsch, éditeur Wützburg, 1913.

CHLOROFORME DUMOUTHIER

Préparé spécialement pour l'*Anesthésie*; sa conservation dans le vide et en tubes jaunes scellés le met à l'abri de toute altération.

Dépôt : LABORATOIRES DUMOUTHIER

PARIS — 11, Rue de Bourgogne — PARIS



OUATAPLASME

du Docteur **ED. LANGLEBERT**

ADOPTÉ par les MINISTÈRES de la GUERRE, de la MARINE et les HOPITAUX de PARIS

Pansement complet Aseptique, blanc, sans odeur.

Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :

ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.

P. SABATIER, 24, Rue Singer, PARIS, et dans toutes les principales Pharmacies.

Le Gérant : PIERRE AUGER.

